



ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ УКРАЇНА – 2013

НАЦІОНАЛЬНА ДОПОВІДЬ



ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ УКРАЇНА – 2013

НАЦІОНАЛЬНА ДОПОВІДЬ

Київ – 2013

У доповіді висвітлено стан досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) з використанням широкого кола інформаційних, статистичних та аналітичних матеріалів. Проаналізовано перешкоди на шляху динамічного розвитку країни, визначено основні проблеми нинішнього етапу реалізації завдань ЦРТ та запропоновано рекомендації щодо оптимальних шляхів їх розв'язання.

Публікація стане у нагоді урядовцям, працівникам міністерств та відомств, керівникам і фахівцям центральних та місцевих органів виконавчої влади, науковцям, діячам громадських організацій, усім, кого цікавлять питання сталого людського розвитку України.

У виданні використані фотографії:

Стор. 43 : Гошко Людмила, «Знову канікули»
Стор. 55 : Сокур Віталій, «Стежиною казок»
Стор. 67 : Підгайна Віра, «Весільний калач»
Стор. 79 : Руслан Канюка, «Країна мрій»
Стор. 91 : Гришин Костянтин, «Ходи конем»
Стор. 101 : Андрій Андрушків, «Найбільший квілт України»
Стор. 121 : Щербак Микола, «Ряска»

Обкладинка: Павло Резников

У виданні використані фотографії зі щорічного міжнародного фотоконкурсу газети «День».

Це видання підготовлено в рамках Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» Програми розвитку ООН в Україні у тісній співпраці з національними та міжнародними експертами. Думки, висновки й рекомендації належать авторам та упорядникам цього видання і не обов'язково відображають погляди ООН.



Після оголошення незалежності України Організація Об'єднаних Націй стала однією з перших міжнародних організацій, які надавали підтримку у демократичних перетвореннях. Офіс ООН було відкрито в Україні у 1992 році, у червні 1999 року йому було надано статус Представництва ООН. Діяльність ООН в Україні спрямована на підтримку соціально-економічного розвитку країни, забезпечення сталого людського розвитку та прискорення просування країни до світових стандартів демократії. В Україні працюють такі установи ООН: Програма розвитку ООН, Дитячий фонд ООН, Фонд Народонаселення ООН, Міжнародне агентство з атомної енергетики, Міжнародна організація з міграції, Управління Верховного комісара ООН у справах біженців, Всесвітня організація охорони здоров'я, Міжнародна організація праці, Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу. В країні також діють асоційовані організації ООН, такі як Міжнародний валютний фонд, Світовий банк, Управління ООН з наркотиків та злочинності й Міжнародна Фінансова Корпорація. Установи ООН здійснюють діяльність у різних сферах і мають власні стратегії допомоги країні, але їх об'єднує загальна стратегічна ціль: допомогти народу України розбудувати краще майбутнє своєї держави.

Більше інформації про діяльність ООН в Україні: <http://www.un.org.ua/>

У 2000 році Декларація Тисячоліття ООН визначила глобальне бачення Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) з чіткою системою завдань, цільових індикаторів та часовими рамками їх досягнення. Досягнення ЦРТ означає реальні зміни у рівні життя людей у всіх країнах світу. З 2001 року публікуються щорічні Доповіді Генерального Секретаря ООН про стан досягнення ЦРТ, які надають огляд тенденцій розвитку майже всіх країн-членів ООН. У 164 країнах розроблено понад 300 національних Доповідей.

Україна приєдналася до Декларації Тисячоліття ООН і взяла на себе зобов'язання досягти цілей до 2015 року. Україна була першою на пострадянському просторі країною, що у 2003 році адаптувала ЦРТ з урахуванням специфіки національного розвитку.

Національні Цілі Розвитку Тисячоліття:



Ціль 1. Подолання бідності



Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя



Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності



Ціль 4. Зменшення дитячої смертності



Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів



Ціль 6. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів



Ціль 7. Сталий розвиток довкілля

З 2004 року в Україні було розроблено три національні доповіді, які надавали бачення прогресу на шляху виконання ЦРТ, та низку щорічних моніторингових доповідей. У 2013 році Міністерством економічного розвитку і торгівлі України здійснено ґрунтовний аналіз досягнень та перешкод на шляху виконання завдань ЦРТ до 2015 року. Ця робота проводилася за підтримки Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» Програми розвитку ООН в Україні спільно з Національним інститутом стратегічних досліджень та Інститутом демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України. До процесу обговорення стану досягнення ЦРТ, визначення проблем та вироблення рекомендацій долучилося понад 200 провідних фахівців відповідно до тематичних сфер ЦРТ, що забезпечило об'єктивність оцінок.

ЦРТ є одночасно і орієнтиром, і системою пріоритетів для реалізації стратегії реформ в Україні, оскільки вони визначають найгостріші проблеми, що стоять перед суспільством. Завдання та індикатори ЦРТ знаходять відображення в державних стратегічних і програмних документах.



Цілі розвитку тисячоліття стали однією з найбільш надихаючих і орієнтованих на дії глобальних програм, спрямованих на виявлення та подолання недоліків у людському розвитку. Встановивши бажані результати людського розвитку, ЦРТ визначили, що добробут людей є центром зусиль у сфері розвитку. Вони також мобілізували й надихнули лідерів, політиків, громадян і партнерів на визначення стратегій та рішень щодо виконання взятих на себе зобов'язань.

Доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2013» надає огляд досягнення семи цілей та виконання 33 завдань. Тому вона є важливим інструментом для оцінки прогресу у реалізації національної політики й програм, що стосуються кожної з семи цілей. За тринадцять років Україна досягла істотних успіхів у досягненні всіх цих цілей – зменшено масштаби крайньої бідності, забезпечено повне охоплення дітей освітою, скорочено материнську і дитячу смертність.

Прогрес у деяких сферах необхідно розглядати у світлі реформ і перетворень, що наразі втілюються у життя. Це охоплює розширення можливостей жінок, забезпечення якості освіти, зменшення тягаря епідемій ВІЛ-інфекції та туберкульозу, захист найбільш уразливих груп населення від руйнівних наслідків численних потрясінь. Україна має багато що запропонувати всьому світу та власним громадянам, розкриваючи свій вражаючий потенціал.

Ми твердо віримо, що цілі, які ще не реалізовано, знаходяться у межах досяжності, проте країні необхідно примножити зусилля для їх досягнення. Це має бути зроблено шляхом урахування аспектів сталого людського розвитку у реформах і перетвореннях та визначення «імпульсу прискорення», що дозволить країні вирівняти прогрес між регіонами та всередині регіонів, між містом і селом. Прогрес також буде досягнуто шляхом посилення соціального захисту та надання високоякісних соціальних послуг, спрямованих на поліпшення добробуту громадян.

Ураховуючи те, що залишається відносно небагато часу, приватному сектору та громадянському суспільству слід виступити позитивними та конструктивними рушійними силами змін, активніше сприяти реалізації ініціатив і політики щодо прискорення досягнення цілей.

За більш ніж десятилітній досвід ЦРТ допомогли нам зрозуміти, що працює, а що – ні. Сильна національна відповідальність, розвинені інституції, далекоглядна політика, що задає темп середньо- і довгостроковим стратегіям, які сприяють стабільному та всеохоплюючому зростанню – зростанню, яке охоплює кожного і дозволяє всім людям, особливо бідним та ізольованим, користуватися економічними можливостями, – приносить результат. Гідна праця і соціальне забезпечення, а також цільові інвестиції у систему охорони здоров'я, здоровий спосіб життя, освіту, інфраструктуру, продуктивність сільського господарства є невід'ємними складовими успіху.

Виконання наших зобов'язань щодо ЦРТ має залишитися основним пріоритетом, створюючи тверду основу для світлого майбутнього, якого Україна прагне й на яке вона заслуговує.

Алессандра ТІСО
Координатор системи ООН в Україні
Постійний Представник ПРООН в Україні

ЗМІСТ

ПОДЯКА.....	7
СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	12
ВСТУП. ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ В УКРАЇНІ	13
РОЗДІЛ ПЕРШИЙ. УКРАЇНА: ВИМІРИ РОЗВИТКУ	17
1.1. Економіка України у 2010 – 2012 роках: післякризовий оптимізм та ризики стагнації	18
1.2. Соціальний розвиток України у 2010 – 2012 роках: досягнення та виклики	23
РОЗДІЛ ДРУГИЙ. ВПЛИВ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ НА НАЦІОНАЛЬНИЙ РОЗВИТОК	27
2.1. Упровадження національних ЦРТ у стратегічне планування соціально-економічного розвитку країни.	28
2.2. Вплив ЦРТ на національний розвиток за цілями	30
РОЗДІЛ ТРЕТІЙ. ПРОГРЕС НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ, ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ	39
3.1. Ціль 1. Подолання бідності	43
3.2. Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя	55
3.3. Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності.....	67
3.4. Ціль 4. Зменшення дитячої смертності.....	79
3.5. Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів	91
3.6. Ціль 6. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів.....	101
3.7. Ціль 7. Сталий розвиток довкілля	121
РОЗДІЛ ЧЕТВЕРТИЙ. ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ УКРАЇНИ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ....	137
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	150
ДОДАТКИ.....	157
Додаток А. Незавершені завдання на шляху досягнення ЦРТ	158
Додаток Б. Глобальні ЦРТ та ЦРТ, адаптовані для України	162
Додаток В. Статус досягнення ЦРТ в Україні	176

ПОДЯКА

Загальну координацію розроблення Національної доповіді «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2013» здійснили: **Андрій Ермолаєв** – Директор Національного інституту стратегічних досліджень; **Елла Лібанова** – академік Національної академії наук України, Директор Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Анатолій Максютя** – Перший заступник Міністра економічного розвитку і торгівлі України; **Елена Панова** – Заступник Директора Представництва Програми розвитку ООН в Україні; **Рікарда Рігер** – Директор Представництва Програми розвитку ООН в Україні; **Катерина Рибальченко** – Старший програмний менеджер Програми розвитку ООН в Україні; **Олександр Савенко** – Директор Департаменту економіки соціальної та гуманітарної сфери Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Наталія Сітнікова** – Менеджер Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» Програми розвитку ООН в Україні.

Національну доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття – Україна. 2013» підготовлено робочою групою, до складу якої увійшли: **Тетяна Авраменко** – науковий співробітник Національної академії державного управління; **Ольга Балакірева** – завідувач відділу моніторингових досліджень соціально-економічних трансформацій ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»; **Лариса Бочкова** – консультант Державної служби України з питань протидії ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; **Ганна Герасименко** – старший науковий співробітник відділу досліджень людського розвитку Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Олександр Голубцов** – науковий співробітник Київського національного університету імені Т.Г. Шевченка; **Аделін Гоне** – Керівник Представництва Програми розвитку ООН в Автономній Республіці Крим; **Ярослав Жаліло** – перший заступник Директора Національного інституту стратегічних досліджень; **В'ячеслав Козак** – науковий співробітник Національної академії державного управління; **Олена Кочемировська** – завідувач сектору трудових відносин та людського потенціалу відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень; **Катерина Куріцина** – спеціаліст Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» Програми розвитку ООН в Україні; **Людмила Мусіна** – консультант відділу радників Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Олена Палій** – провідний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Ольга Пищуліна** – завідувач відділу досліджень людського розвитку Національного інституту стратегічних досліджень; **Оксана Хмелевська** – провідний науковий співробітник відділу соціальної політики Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Людмила Черенько** – завідувач відділу досліджень рівня життя населення Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Світлана Черенько** – завідувач відділення фтизіатрії ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України».

Значний внесок у підготовку Доповіді зробили: **Габріель Акімова** – спеціаліст із захисту дітей, ЮНІСЕФ в Україні; **Марія Алексєєнко** – Голова ВГО «Жіночий консорціум України»; **Тетяна Александріна** – Голова Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань; **Туя Алтангерел** – спеціаліст з питань політики Групи підтримки ЦРТ, Група з питань бідності, Бюро з питань політики у сфері розвитку ПРООН; **Олдріх Андрисек** – Регіональний представник Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців у Білорусі, Молдові та Україні; **Наталія Белкіна** – начальник відділу Департаменту міжнародних організацій Міністерства закордонних справ України; **Ярослав Болюбаш** – відповідальний секретар Співкир директорів вищих навчальних закладів України; **Наталія Власенко** – заступник Голови Державної служби статистики України; **Людмила Волинець** – керівник Управління забезпечення діяльності Уповноваженого Президента України з прав дитини Адміністрації Президента України; **Андрій Волков** – начальник управління з питань екології та природокористування Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Сергій Волков** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні; **Юрій Волошин** – начальник відділу системних проектів та технічної допомоги міжнародних фінансових організацій Департаменту співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями та координації міжнародної технічної допомоги Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Олег Вороненко** – програмний спеціаліст Представництва Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні; **Ольга Гвоздецька** – Директор програмного Департаменту ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»; **Володимир Гордейко** – менеджер проекту «Зміцнення національної спроможності для ефективної відповіді на

епідемію ВІЛ/СНІД в Україні» Програми розвитку ООН в Україні; **Наталя Горшкова** – Директор Департаменту макроекономічного прогнозування Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Елена Данилова-Крос** – спеціаліст з питань політики Регіонального центру ПРООН в Європі та СНД у Братиславі; **Надія Дмитренко** – заступник Директора Департаменту економіки соціальної та гуманітарної сфери Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Руслан Дорошкевич** – завідувач відділу Головного управління з питань реформування соціальної сфери Адміністрації Президента України; **Анастасія Думчева** – фахівець із сексуального та репродуктивного здоров'я та програм по лікарнях критичного доступу, здоров'я населення та життєвого циклу відділу неінфекційних захворювань та зміцнення здоров'я Бюро ВООЗ в Україні; **Нузхат Есан** – Представник Фонду ООН народонаселення в Білорусі та Україні; **Павло Замостян** – заступник Представника Фонду ООН народонаселення в Україні; **Євген Зеленко** – координатор зі зв'язків з громадськістю та роботи з медіа Програми розвитку ООН в Україні; **Олена Іванова** – менеджер проекту «Підтримка реформи соціального сектору в Україні» Програми розвитку ООН в Україні; **Олексій Ільницький** – радник ЮНЕЙДС з питань стратегічної інформації; **Юрій Каракай** – Радник Президента України – Керівник Головного управління з питань реформування соціальної сфери Адміністрації Президента України; **Оксана Кисельова** – Національний програмний координатор ООН-Жінки; **Лариса Кобелянська** – заступник Віце-президента Національної академії державного управління; **Юрій Кобища** – спеціаліст програми з захворювань, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІД та стратегічної інформації Бюро ВООЗ в Україні; **Боян Константинов** – спеціаліст Регіонального центру ПРООН в Європі та СНД у Братиславі; **Василь Кремень** – Президент Національної академії педагогічних наук України; **Володимир Курпіта** – Виконавчий Директор ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»; **Елла Ламах** – Директор програм ВГО «Центр – розвиток демократії»; **Володимир Лупаций** – радник Директора Національного інституту стратегічних досліджень; **Олена Макарова** – заступник Директора з наукової роботи Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Юкіє Мокуо** – Представник ЮНІСЕФ в Україні; **Марія Мацєпа** – спеціаліст з питань моніторингу та оцінки ЮНІСЕФ в Україні; **Кох Міяой** – керівник відділу з гендерних питань Регіонального центру ПРООН по Європі та СНД у Братиславі; **Валерій Мунтіян** – урядовий уповноважений Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Доріт Ніцан** – Керівник Представництва Всесвітньої організації охорони здоров'я в Україні; **Олена Нижник** – Директор Департаменту регіональної політики Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Ангеліна Нягу** – Президент Асоціації «Лікарі Чорнобілля»; **Олена Овчинникова** – програмний радник ПРООН в Україні; **Павло Онищенко** – заступник Директора департаменту стратегічного планування розвитку економіки Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Ігор Перегінець** – заступник Голови Представництва ВООЗ в Україні; **Вадим Піщейко** – Перший заступник Голови Державної служби статистики України; **Сергій Полюк** – Координатор проектів за напрямками «Охорона здоров'я та соціальна сфера» Представництва Європейської Комісії в Україні; **В'ячеслав Потапенко** – головний консультант відділу екологічної та техногенної безпеки Національного інституту стратегічних досліджень; **Андрій Поштарук** – радник з програмних питань Представництва Фонду ООН народонаселення в Україні; **Манфред Профазі** – Голова Представництва Міжнародної організації з міграції в Україні; **Наталія Рингач** – головний науковий співробітник Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України; **Лариса Савчук** – координатор напряму запобігання ВІЛ/СНІД у сфері праці Міжнародної організації праці; **Сергій Савчук** – Національний координатор Міжнародної організації праці в Україні; **Олена Сакович** – фахівець з моніторингу та оцінки Управління з наркотиків та злочинності ООН в галузі ВІЛ/СНІД по Україні; **Наталія Салабай** – національний спеціаліст з моніторингу та оцінки УНЗ ООН; **Юлія Сваволя** – спеціаліст з координації діяльності системи ООН в Україні; **Мірзахід Султанов** – Регіональний Радник Управління з наркотиків та злочинності ООН в галузі ВІЛ/СНІД по Україні і Молдові; **Валерія Таран** – керівник проектів з питань здоров'я та розвитку дітей ЮНІСЕФ; **Тетяна Тарасова** – керівник проектів з питань ВІЛ/СНІДу ЮНІСЕФ в Україні; **Яцек Тишко** – Координатор Об'єднаної Програми з ВІЛ/СНІДу в Україні (ЮНЕЙДС); **Людмила Чубюк** – заступник начальника відділу демографії, доходів та зайнятості Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Олена Чумакова** – начальник відділу економіки охорони здоров'я Міністерства економічного розвитку і торгівлі України; **Володимир Ширяєв** – віце-президент Асоціації «Лікарі Чорнобілля», голова комісії Громадської ради при Міністерстві екології та природних ресурсів; **Олена Шерстюк** – радник ЮНЕЙДС з питань лідерства та адвокації; **Анастасія Шкель** – спеціаліст відділу громадської інформації Регіонального Представництва УВКБ ООН в Білорусі, Молдові та Україні; **Богдана Щербак-Верлан** – технічний спеціаліст Бюро ВООЗ в Україні; **Юлія Щербініна** – старший програмний менеджер ПРООН в Україні; **Ігор Шумило** – незалежний експерт.

В обговоренні доповіді та її доопрацюванні брали участь:

Анна Авчухова – консультант сектору проблем трудових відносин та людського потенціалу відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Надія Бачек – національна асистентка програми ООН «Жінки в Україні. Підвищення відповідальності щодо фінансування гендерної рівності»;

Володимир Бевз – завідувач відділу планування соціального розвитку Науково-дослідного економічного інституту;

Андрій Бега – керівник програм з розвитку політики, тренінгових програм з деінституціалізації Представництва благодійної організації «Надія і житло для дітей» в Україні;

Юлія Бистрякова – доцент Державної екологічної академії післядипломної освіти та управління;

Олег Більовський – старший консультант сектору проблем трудових відносин та людського потенціалу відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Дмитро Богдан – головний консультант Головного управління з питань реформування соціальної сфери Адміністрації Президента України;

Тетяна Боліла – спеціаліст Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» Програми розвитку ООН в Україні;

Олеся Бондар – виконавчий Директор міжнародної благодійної організації «Український жіночий фонд»;

Ірина Борушек – старший радник з наглядової діяльності та управління ризиками ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

Євгенія Бугаєнко – провідний науковий співробітник Науково-дослідного економічного інституту;

Ольга Булигіна – адміністративний спеціаліст з координування проектів ПРООН в Україні;

Наталія Буток – головний спеціаліст-економіст Департаменту статистики послуг Державної служби статистики України;

Ольга Бурбело – інтерн Проекту «Прискорення прогресу у досягненні ЦРТ в Україні» Програми розвитку ООН в Україні;

Василь Головінов – головний консультант секретаріату Комітету з питань науки і освіти Верховної Ради України;

Марія Гуцман – Помічник Директора Представництва та Заступника Директора Представництва ПРООН в Україні;

Марія Дмитрієва – представниця Наглядової ради Київського інституту гендерних досліджень;

Ольга Долечек – старший спеціаліст ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

Маріанна Євсюкова – Директор юридичного Департаменту Міжнародного жіночого правозахисного центру «Ла Страда – Україна»;

Наталія Зінкевич – заступник голови Державної служби зайнятості України;

Леонід Ільчук – Директор Центру перспективних соціальних досліджень Міністерства соціальної політики та НАН України;

Ірина Калачова – Директор Департаменту статистики послуг Державної служби статистики України;

Ольга Калашник – віце-президент Міжнародного жіночого правозахисного центру «Ла-Страда – Україна»;

Микола Карпенко – завідувач сектору розвитку освітньо-наукової системи відділу гуманітарної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Олександр Коваль – завідувач сектору управління соціальними ризиками відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Кароліна Ковязіна – головний спеціаліст сектору управління соціальними ризиками відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Орест Когут – журналіст газети «Розвиток і довкілля»;

Лариса Колос – голова правління Міжнародної громадської організації «Школа Рівних Можливостей»;

Лариса Колос – лікар-епідеміолог Центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства внутрішніх справ України;

Сергій Кондрюк – заступник голови Федерації професійних спілок України;

Олександр Коцюба – завідувач відділу проблем пенсійного страхування науково-дослідного інституту праці і зайнятості населення Міністерства соціальної політики України та НАН України;

Анна Кошикова – керівник аналітичного відділу ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

Євген Красняков – головний консультант секретаріату Комітету з питань науки і освіти Верховної Ради України;

Олена Красько – завідувач сектору зв'язків з громадськістю Міністерства економічного розвитку і торгівлі України;

Віталій Крисько – спеціаліст з координування проектів ПРООН в Україні;

Ігор Кузін – завідувач Центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу ДУ «Український центр контролю за соціальними хворобами МОЗ України»;

Тетяна Краснополська – фахівець відділу інновацій ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;
Ірина Крючкова – науковий співробітник ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»;

Жанна Лаврентьєва – головний спеціаліст відділу рівня життя та моніторингу бідності Департаменту стратегічного планування Міністерства соціальної політики України;

Марина Лазебна – голова Державної служби зайнятості України;

Сергій Лісовський – заступник Директора з наукової роботи Інституту географії НАН України;

Віталій Лозовий – головний науковий співробітник відділу гуманітарної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Віра Люткевич – провідний науковий співробітник Науково-дослідного економічного інституту;

Роман Любченко – старший фахівець відділу інноваційних програм ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

Лариса Магдюк – експерт з гендерних питань ВГО «Жіночий консорціум України»;

Анастасія Мазуренко – фахівець відділу моніторингу і оцінки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

Тетяна Макійчук – головний науковий консультант відділу з соціальних питань та праці Головного науково-експертного управління Апарату Верховної Ради України;

Ігор Манцуров – Директор Науково-дослідного економічного інституту;

Ірина Мартиненко – головний спеціаліст відділу системних проектів та технічної допомоги міжнародних фінансових організацій Департаменту співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями та координації міжнародної технічної допомоги Міністерства економічного розвитку і торгівлі України;

Ольга Марушевська – Директор Центру міжнародного співробітництва з питань змін клімату та енергозбереження Державної екологічної академії післядипломної освіти та управління;

Геннадій Марушевський – докторант Національної академії державного управління;

Тетяна Медун – національний спеціаліст проектів Організації з безпеки і співробітництва в Європі в Україні;

Василь Мельник – заступник Директора ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського»;

Галина Монастирська – старший науковий співробітник відділу соціально-економічних проблем праці ДУ «Інститут економіки та прогнозування НАН України»;

Марина Мурашова – спеціаліст проекту ПРООН «Зміцнення національної спроможності для ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні»;

Євгенія Мусієнко – головний консультант Головного управління з питань реформування соціальної сфери Адміністрації Президента України;

Олеся Нечипоренко – менеджер тренінгових програм і заходів Програми сприяння Парламенту України II;

Владлена Ожердянова – асистент Глави Представництва ЮНІСЕФ в Україні;

Ольга Осауленко – радник з програмних питань Представництва Фонду ООН народонаселення в Україні;

Людмила Остапенко – керівник Департаменту бюджетної політики та соціального захисту Федерації профспілок України;

Валерій Павшук – заступник Директора Центру ресурсоефективного і чистого виробництва;

Степан Пак – аспірант Національної академії державного управління;

Світлана Погорелова – головний консультант Головного управління з питань реформування соціальної сфери Адміністрації Президента України;

Віра Поровська – асистент проектів ВГО «Жіночий консорціум України»;

Дарія Прокопій – провідний спеціаліст сектору проблем трудових відносин та людського потенціалу відділу соціальної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Катерина Ростовцева – головний консультант секретаріату Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я;

Віталій Руденко – голова правління Фондації «Громадський рух «Українці проти туберкульозу»»;

Тетяна Руденко – національний менеджер проектів, Відділ верховенства права та прав людини, координатор проектів Організації з безпеки і співробітництва в Європі в Україні;

Сергій Савчук – перший секретар Департаменту міжнародних організацій Міністерства закордонних справ України;

Вікторія Сановська – начальник відділу методичного забезпечення соціальної роботи Департаменту сім'ї та дітей Міністерства соціальної політики України;

Марфа Скорик – виконавчий Директор Київського інституту гендерних досліджень;

Олексій Соловйов – завідувач відділом медицини плода клініки «Надія», керівник Благодійного фонду «Фонд Медицини Плода – Україна»;

Тетяна Сосідко – старший фахівець відділу моніторингу і оцінки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

Людмила Сторожук – начальник відділу організації медико-соціальної допомоги управління протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань;

Наталія Сухорукова – головний спеціаліст Департаменту у справах сім'ї, молоді та спорту Харківської обласної державної адміністрації;

Альона Терещенко – заступник Директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги, начальник управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Міністерства охорони здоров'я України;

Тетяна Тимочко – голова Всеукраїнської екологічної ліги;

Василь Толкачов – менеджер проекту ПРООН «Розбудова спроможності для низьковуглецевого зростання в Україні»;

Іван Ус – старший консультант сектору зовнішньоекономічних відносин відділу зовнішньоекономічної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Юрій Фещенко – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України з пульмонології та фтизіатрії;

Федір Фомін – заступник начальника управління соціального захисту сімей Міністерства соціальної політики України;

Юрій Харазішвілі – головний науковий співробітник відділу макроекономічного прогнозування та досліджень тіньової економіки Національного інституту стратегічних досліджень;

Євген Хлобистов – завідувач відділу економічних проблем екологічної політики та сталого розвитку ДУ «Інститут економіки природокористування та сталого розвитку НАН України»;

Неля Черенько – головний спеціаліст відділу стратегічного планування Департаменту стратегічного планування, економіки та

фінансів Міністерства екології та природних ресурсів України;

Олена Чмир – заступник Директора Науково-дослідного економічного інституту;

Олександр Шаров – завідувач сектору досліджень глобальної економіки відділу зовнішньоекономічної політики Національного інституту стратегічних досліджень;

Ольга Шевченко – завідувач сектору стратегії регіонального розвитку відділу регіонального розвитку Національного інституту стратегічних досліджень;

Тетяна Шиптенко – старший науковий співробітник Науково-дослідного економічного інституту;

Людмила Шумило – фахівець відділу моніторингу й оцінки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»;

Борис Щукін – заступник завідувача відділу Науково-дослідного економічного інституту.

Важливий внесок у підготовку доповіді зробили фахівці установ ООН в Україні, спеціалісти Державної служби статистики України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства екології та природних ресурсів України, Міністерства молоді і спорту України, Міністерства аграрної політики та продовольства України, Міністерства іноземних справ України, Міністерства фінансів України, Міністерства інфраструктури України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України, Міністерства енергетики та вугільної промисловості України, Державного агентства водних ресурсів України та Державного агентства лісових ресурсів України.

Доповідь ґрунтується на підсумках інтенсивних дискусій серед урядовців, науковців, представників міжнародних організацій, а також експертів неурядових організацій. Висловлюється щира подяка всім спеціалістам, які брали участь у розробленні, обговоренні та створенні цієї доповіді.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРТ Антиретровірусна терапія	МОП Міжнародна організація праці
ВБО Всеукраїнська благодійна організація	НАН Національна академія наук
ВВП Валовий внутрішній продукт	НІСД Національний інститут стратегічних досліджень
ВГО Всеукраїнське громадське об'єднання	НДО Недержавні організації
ВІЛ Вірус імунodefіциту людини	ОДР Офіційна допомога для розвитку
ВООЗ Всесвітня організація охорони здоров'я	ОЕСР Організація економічного співробітництва і розвитку
ВНЗ Вищий навчальний заклад	ООН Організація Об'єднаних Націй
ДНЗ Дошкільний навчальний заклад	ПЗФ Природно-заповідний фонд України
Держстат Державна служба статистики України	ПГР Підлітки груп ризику
ДОТС Короткострокове лікування під безпосереднім наглядом (Directly Observed Treatment Short-course)	ПКС Паритет купівельної спроможності
ДП Державне підприємство	ПРООН Програма Розвитку Організації Об'єднаних Націй
ДУ Державна установа	ПТНЗ Професійно-технічний навчальний заклад
ІДСД Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України	СІН Споживачі ін'єкційних наркотиків
ЄС Європейський Союз	СНД Співдружність незалежних держав
ЗНЗ Загальноосвітній навчальний заклад	СНІД Синдром набутого імунodefіциту
ЗПТ Замісна підтримуюча терапія	США Сполучені Штати Америки
ІКТ Інформаційно-комунікаційні технології	ЧСЧ Чоловіки, які мають секс із чоловіками
КСР Комітет сприяння розвитку	ЦРТ Цілі Розвитку Тисячоліття
ЛЖВ Люди, які живуть з ВІЛ/СНІД	ЮНІСЕФ Дитячий фонд ООН
МОЗ Міністерство охорони здоров'я України	

ВСТУП

ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ В УКРАЇНІ

Декларація Тисячоліття ООН, затверджена 189-ма державами світу у 2000 році на Саміті Тисячоліття ООН, започаткувала процес досягнення до 2015 року світовою спільнотою результатів у тих сферах, де нерівномірність глобального людського розвитку виявилася найгострішою. Цілі Розвитку Тисячоліття (далі – ЦРТ) визначили стратегічні напрями розвитку, серед яких: боротьба з голодом і злиденністю, забезпечення доступу до освіти, досягнення гендерної рівності, зниження рівня материнської та дитячої смертності, скорочення масштабів поширення ВІЛ/СНІДу та інших захворювань, досягнення екологічної сталості, а також гармонізація зовнішньої допомоги для країн, що розвиваються.

Цілі Розвитку Тисячоліття стали однією з найбільш успішних інновацій людства. Про це заявив Генеральний секретар ООН Бан Кі-мун, представляючи глобальну Доповідь «ЦРТ – 2013» 1 липня 2013 року на щорічній сесії Економічної та Соціальної Ради ООН. Ця Доповідь надає оцінку прогресу на шляху досягнення ЦРТ та містить підсумки моніторингу стану виконання завдань ЦРТ. У Доповіді зазначено, що з 2000 року вдалося вдвічі скоротити частку людей, які живуть у крайній убогості, 2,1 мільярда людей отримали доступ до чистої води, було досягнуто успіхів у боротьбі з малярією й туберкульозом. Бан Кі-мун також зазначив, що прогрес у реалізації завдань у галузі розвитку був нерівномірним: у доповіді привернуто

увагу до питань нерівності між регіонами і між групами населення всередині країн, між мешканцями міст і сільської місцевості. У доповіді наголошується, що глобальна економічна криза призвела до зростання кількості безробітних і скорочення міжнародної допомоги на цілі розвитку. «Настав час активізувати наші зусилля для створення більш справедливого, безпечного і сталого майбутнього для всіх», – підкреслив Генеральний секретар ООН.

У 2000 році Україна взяла на себе зобов'язання виконати завдання по досягненню до 2015 року Цілей Розвитку Тисячоліття. Приєднання України до Декларації Тисячоліття ініціювало процеси переосмислення пріоритетів суспільного розвитку. Україна стала першою на пострадянському просторі країною, яка у 2003 році адаптувала глобальні ЦРТ та встановила національні цілі та завдання.

Подальшими кроками на шляху досягнення ЦРТ стали заходи з інтеграції ЦРТ у стратегічне планування розвитку: завдання та індикатори національних ЦРТ, починаючи з 2004 року, знаходили відображення в державних стратегічних і програмних документах, зокрема у програмах економічного і соціального розвитку України. Також в Україні було запроваджено щорічний моніторинг встановлених на національному рівні завдань ЦРТ. 2005 рік став відправною точкою локалізації ЦРТ в Україні. ЦРТ було

Вставка 1.1. Цілі Розвитку Тисячоліття, встановлені для України (цілі встановлені в Україні у 2003 році та уточнені у 2010 році):

- Ціль 1. **Подолання бідності** (3 завдання, 5 індикаторів);
- Ціль 2. **Забезпечення якісної освіти впродовж життя** (2 завдання, 6 індикаторів);
- Ціль 3. **Забезпечення гендерної рівності** (2 завдання, 4 індикатори);
- Ціль 4. **Зменшення дитячої смертності** (1 завдання, 2 індикатори);
- Ціль 5. **Поліпшення здоров'я матерів** (1 завдання, 2 індикатори);
- Ціль 6. **Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів** (2 завдання, 6 індикаторів);
- Ціль 7. **Сталий розвиток довкілля** (4 завдання, 8 індикаторів).

локалізовано у трьох областях (Луганська, Донецька, Львівська), а згодом у АР Крим та у Чернівецькій області. Наступним кроком на шляху становлення системи ЦРТ в Україні стала робота з оновлення системи завдань та індикаторів національних ЦРТ з огляду на специфіку національного розвитку у пост-кризовий період та нові виклики глобального розвитку. Підсумком цієї роботи стала Національна доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2010».

У 2013 році Україну було включено до групи з 88 країн, що мали провести національні консультації з формування Порядку денного розвитку після 2015 року. Для України це можливість отримати чіткі орієнтири для визначення стратегічних завдань національного розвитку на майбутнє. Результати консультацій урахуватимуться у процесі стратегічного планування для забезпечення відповідності програмних документів очікуванням громадян.

У національних консультаціях з визначення пріоритетів розвитку після 2015 року взяли участь особисто понад 4,5 тис. мешканців України, а з урахуванням учасників електронного опитування до визначення пріоритетів майбутнього розвитку було залучено понад 25 тис. осіб. До інтерактивного глобального опитування «Мій світ» долучилося близько 11 тис. українців, які обрали шість найбільш важливих пріоритетів розвитку із шістнадцяти. Переважна більшість учасників консультацій позитивно оцінили як факт їх проведення, так і залучення широкого кола представників різних груп та верств населення до визначення пріоритетів розвитку. Підкреслюючи необхідність змін якості державного управління, 86,8% учасників національних консультацій акцентували увагу на необхідності визначення цілей і пріоритетів розвитку на довгострокову (принаймні на 10 років) перспективу. Переважна більшість учасників (66,2% загальної кількості, 70,9% мешканців міст, 78,4% осіб з вищою освітою, 86,3% державних службовців і 83,3% студентів) вважає важливою участь громадськості в обговоренні цілей розвитку.

У процесі національних консультацій було враховано думку представників органів державної влади, академічних кіл, неурядових організацій, профспілок, малого, середнього та великого бізнесу, молоді, національних меншин, людей з обмеженими можливостями, людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом тощо. Національні консультації щодо майбутнього, якого прагнуть люди, виявили, як саме бачать широкі верстви українського суспільства пріоритети та завдання розвитку. Найбільш значущими для людей напрямками розвитку визнано: *забезпечення соціальної справедливості, доступ до якісних послуг системи охорони здоров'я та освіти, гідна праця, модернізація економіки, розвиток інфраструктури, захист довкілля, підвищення якості управління.*

Для прогнозування тенденцій майбутнього суспільного розвитку та стратегічного планування необхідним є вивчення уроків, винесених у ході досягнення ЦРТ. У процесі розроблення доповіді «ЦРТ. Україна – 2013» було здійснено об'єктивний аналіз досягнень та здобутків на шляху виконання завдань ЦРТ до 2015 року, ретельно вивчено наявні проблеми, причини їх виникнення та можливі наслідки, враховано незавершені завдання ЦРТ і нові виклики, що постають на шляху розвитку, та вироблено рекомендацій щодо прискорення прогресу на шляху досягнення ЦРТ. У рамках відкритого обговорення згаданих питань проведено низку заходів: 7 експертних дискусій та 7 круглих столів за участю державних службовців, електронне обговорення кожної цілі, круглий стіл з представлення проекту доповіді. До процесу обговорення та доопрацювання проекту доповіді «ЦРТ. Україна. 2013» долучилося понад 150 фахівців за напрямками, що відповідають тематичним сферам ЦРТ: урядовці, управлінці, спеціалісти установ ООН, дипломати, науковці, економісти, демографи, медичні працівники, епідеміологи, екологи, освітяни, журналісти, підприємці, лідери недержавних організацій, діяльність яких сприяє досягненню ЦРТ, та інші представники громадянського суспільства. Доповідь «ЦРТ. Україна – 2013» є результатом цієї роботи.

Вставка 1.2. Становлення системи ЦРТ в Україні

2000 рік: на Саміті Тисячоліття ООН Україна приєдналася до Декларації Тисячоліття ООН;

2003 рік: адаптація ЦРТ, розроблення національної системи завдань і показників ЦРТ (Національна доповідь «ЦРТ. Україна – 2003»);

2004 рік: запровадження щорічного моніторингу виконання завдань ЦРТ;

2005 рік: оцінка прогресу з досягнення ЦРТ (доповідь «ЦРТ. Україна. 2000+5», яку було представлено на 60-й сесії Генеральної Асамблеї ООН);

2005–2006 роки: локалізація ЦРТ у трьох пілотних областях (доповіді «ЦРТ. Луганщина», «ЦРТ. Донецчина», «ЦРТ. Львівщина»);

2007 рік: моніторинг стану досягнення ЦРТ (доповідь «ЦРТ. Україна. 2000+7»);

2007–2008 роки: інформаційно-просвітницька кампанія з ЦРТ;

2008 рік: встановлення взаємозв'язків між ЦРТ, людським розвитком та європейським вибором України (Національна доповідь про людський розвиток «Людський розвиток та європейський вибір України»);

2009–2010 роки: перегляд завдань та індикаторів ЦРТ (Національна доповідь «ЦРТ. Україна – 2010»);

2011 рік: встановлення взаємозв'язків ЦРТ з концепцією соціального залучення (Національна доповідь про людський розвиток «Україна: на шляху до соціального залучення»);

2011–2012 роки: локалізація ЦРТ в Автономній Республіці Крим та у Чернівецькій області (доповіді «ЦРТ. Крим» та «ЦРТ. Чернівецька область»);

2012 рік: Національна добровільна презентація України «Сприяння виробничим потужностям, зайнятості та гідній праці з метою викорінення бідності у контексті всеохоплюючого, сталого і справедливого економічного зростання на всіх рівнях для досягнення ЦРТ» на сесії Економічної та Соціальної Ради ООН;

2013 рік: національні консультації з питань формування Порядку денного розвитку після 2015 року (доповідь «Україна після 2015 року: майбутнє, якого ми прагнемо»);

2013 рік: оцінка прогресу на шляху досягнення ЦРТ (Національна доповідь «ЦРТ. Україна – 2013»).

УКРАЇНА: ВИМІРИ РОЗВИТКУ

РОЗДІЛ ПЕРШИЙ

1.1. Економіка України у 2010 – 2012 роках: післякризовий оптимізм та ризики стагнації

На початку тисячоліття Україна демонструвала відносно стійке економічне зростання, що сприяло послідовному нарощуванню національного багатства та поліпшенню соціальної ситуації в країні, що мало позитивний вплив на досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття. У середньому темп приросту ВВП протягом 2000 – 2007 років становив близько 7,5%. За цей період ВВП України збільшився майже на 80%, а продуктивність праці – майже на 70%.

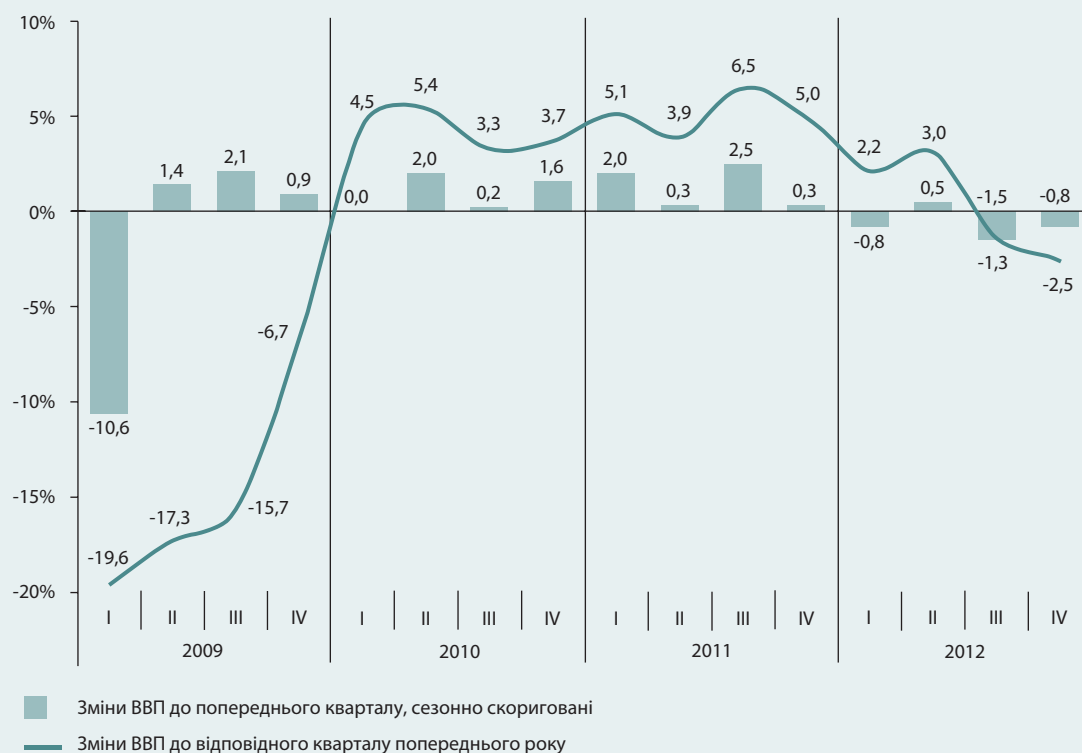
Водночас позитивний економічний та соціальний поступ відбувався за умов формування в Україні сировинно орієнтованої експортної моделі розвитку, яка спиралася на конкурентні переваги, що виникали значною мірою завдяки дешевизні енергетичних і трудових ресурсів. Це створювало ілюзію міжнародної конкурентоспроможності національної економіки й успішності відповідної моделі конкуренції, зумовлюючи зволікання з вирішенням ключових системних диспропорцій та здійсненням структурних перетворень. У наслідок цього на початку другого десятиліття незалежності Україна втратила положення країни, яка може претендувати на лідерські позиції на рівні

регіону, і стикнулася із загрозою опинитися на периферії нового світу, що формується.

Невизначеність світової економічної перспективи, негативні тренди в царині глобальних фінансів, криза національних бюджетів провідних західних країн не могли не відбитися на економіці України. Відсутність адекватної позиції у міжнародному розподілі праці посилювала залежність України від коливань міжнародної економічної кон'юнктури. Нераціональна структура експорту (переважно сировинного характеру та з низькою часткою доданої вартості) негативно впливала на динаміку економічного зростання. Неприятлива зовнішньоекономічна кон'юнктура була основним чинником зменшення обсягів виробництва, зокрема в металургії та у деяких експортоорієнтованих сегментах машинобудування, що стало одним з основних чинників стримування економічного зростання в Україні.

Відсутність послідовної політики щодо опанування сучасних чинників конкурентоспроможності зумовила жорстку реакцію економіки України на світову фінансову кризу

Рис. 1.1.1. Темпи приросту ВВП України у 2009 – 2012 роках, %



2008 – 2009 років і рекордну за показниками глибину кризового провалу 2009 року. Загроза залишитися за межами процесів глобалізації, становлення відкритого суспільства, інформаційної економіки стає для України все більш реальною. Водночас світова криза створила потенційно сприятливі умови для глибинних системних зрушень, спрямованих на зміну чинної національної моделі розвитку. Продуктивність таких зрушень критично залежала як від ефективності вітчизняної політики реформ, так і від зміни чинників глобального економічного середовища.

2010 рік продемонстрував тенденцію до відновлення позитивної економічної динаміки. ВВП України порівняно з попереднім роком зріс на 4,1%. Стабільно позитивні показники приросту ВВП протягом року (рис.1.1.1) дали підстави для оптимістичних висновків щодо завершення економічної кризи та початку фази післякризового відновлення.

Між тим, відновлення зростання в Україні відбулося, у першу чергу, під впливом пожвавлення на зовнішніх ринках. У 2010 році експорт товарів з України зріс на 29,6% (за даними Держстату), в тому числі за рахунок цінового фактора – на 26%, що було забезпечено післякризовим відновленням світової економіки. Так, найвищу позитивну динаміку в промисловості продемонстрували машинобудування (36,1%), хімічна та нафтохімічна промисловість (22,5%) і металургія (12,2%).

На економічне зростання протягом 2010 року суттєво впливав споживчий попит. Про це свідчать зростання споживчих витрат (у третьому кварталі на 7,5%, у четвертому – на 12,0%) й обороту роздрібної торгівлі (на 9,8% за рік). Поряд з цим активізувалася діяльність у галузях, орієнтованих на внутрішній ринок. Збільшення обсягів виробництва в харчовій промисловості становило 3,2%, у легкій промисловості – 8,9%, у деревообробній – 9,6%. Водночас, відновлення зростання не супроводжувалося позитивними зрушеннями у структурі виробництва, про що свідчило продовження інвестиційної кризи. Таким чином, у процесі зростання економіки України впродовж 2010 року переважали тенденції до відновлення основних рис докризової економічної моделі, якій були притаманні високий рівень відкритості національної економіки та вразливість до коливань кон'юнктури міжнародних ринків.

Збереження позитивних трендів світової економіки сприяло продовженню післякризового відновлення української економіки у

2011 році. Зростання ВВП за підсумками року становило 5,2%. При цьому відбувалося випереджальне зростання показників зовнішньої торгівлі: за рік товарний експорт зріс у вартісному вимірі на 33,0%, імпорту – на 36,0%.

Разом з тим, протягом 2011 року темпи зростання були досить нестабільними, вплив експортної діяльності на економічне зростання послаблювався, а з другого півріччя сповільнення експорту почало справляти депресивний вплив на економіку. Країна подала перед необхідністю зміни ідеології економічного зростання та переорієнтації із зовнішніх джерел на внутрішні. Головним джерелом зростання у 2011 році стало динамічне нарощування кінцевих споживчих витрат, які збільшилися на 11,1%, сформувавши 9,4 в. п. приросту ВВП. При цьому інвестиційна складова ВВП (валове нагромадження основного капіталу) збільшилася на 7,1%.

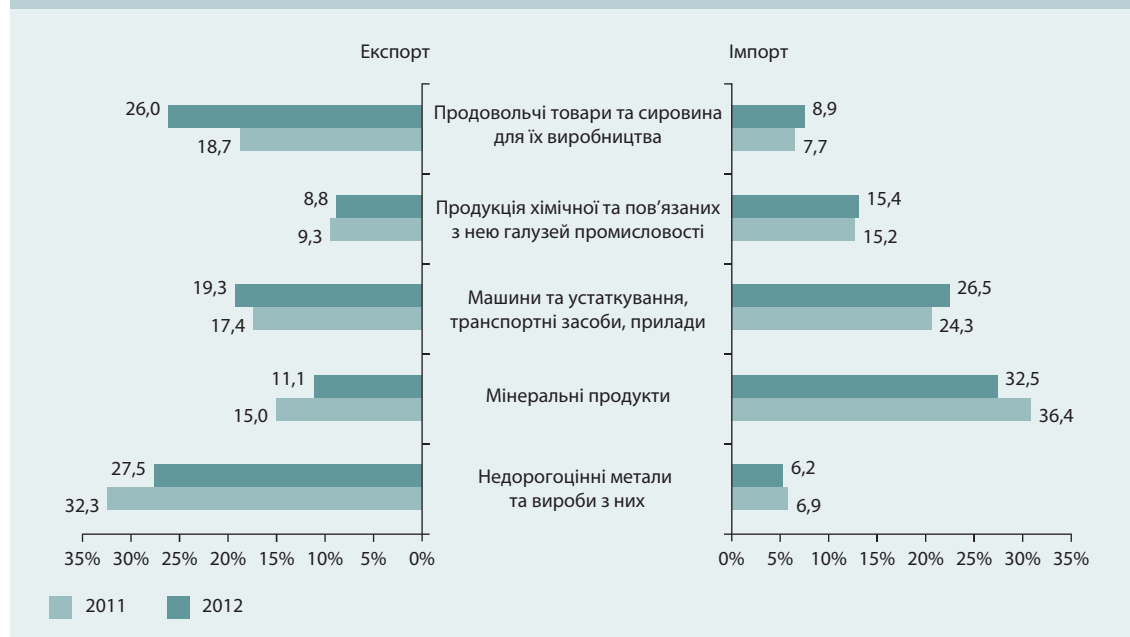
Темпи зростання виробництва у промисловості у 2011 році склали 8,0% порівняно з 2010 роком, у сільському господарстві – 19,9% відповідно. Між тим, ураховуючи глибину падіння ключових макроекономічних показників у період кризи, такі темпи зростання призвели лише до певного відновлення втрачених позицій. Дію внутрішніх чинників зростання значною мірою було пригальмовано незавершеністю процесів ринкового реформування, зокрема дерегуляції підприємницької діяльності, формування сприятливого фінансового середовища, сучасної організації фінансової системи.

Зазначені вади повною мірою проявилися у 2012 році. Експортоорієнтована, сировинна, «староіндустріальна» модель економіки дедалі більше давала збої через нестабільність і фактичне згорання зовнішніх ринків.¹ Кардинально змінився вплив на формування ВВП зовнішньоторговельних чинників. Уповільнення темпів зростання світової економіки спричинило звуження попиту на світових ринках і негативно вплинуло на експортоорієнтовані галузі промисловості України (рис. 1.1.2). Обсяги та динаміка зовнішньої торгівлі у 2012 році були дзеркальним відображенням впливу глобальних економічних трендів на економіку України.²

¹ Перспективи економіки України в умовах глобальної макроекономічної нестабільності, Аналітична доповідь, НІСД, Київ, 2013 р.

² У 2012 році спостерігалось зниження темпів економічної активності як у країнах з розвинутою економікою, так і в країнах з ринками, що розвиваються. Так, за підсумками 2012 року ВВП країн ЄС в річному вимірі зменшився на 0,4%. Основні країни – торговельні партнери України в ЄС демонстрували негативну динаміку ВВП у 2012 році (Італія, Іспанія, Угорщина) чи сповільнення економічного зростання (Німеччина, Польща).

Рис. 1.1.2. Товарна структура експорту та імпорту у 2011 – 2012 роках, %



Після періоду нарощування інвестицій впродовж I півріччя 2012 року, у другій половині року інвестиційна активність сповільнилась, і в результаті приріст капітальних інвестицій порівняно з 2011 роком склав 8,3%. У 2012 році основним рушієм економічного зростання в Україні було розширення внутрішнього попиту (на 5,2%), що певним чином підтримувало виробництво у внутрішньо-орієнтованих видах економічної діяльності, в той час як зменшення зовнішнього попиту на 7,7% відповідно позначилося на динаміці експортоорієнтованих видів діяльності.

Низхідний тренд розвитку промислового виробництва майже впродовж усього 2012 року був зумовлений комплексом чинників, пов'язаних із поглибленням рецесійних процесів у низці країн Європи, посилений у II півріччі 2012 року внутрішньою економічною невизначеністю, а також збереженням структурних диспропорцій системного характеру. Як наслідок, починаючи з серпня 2012 року промислове виробництво демонструвало падіння кумулятивних темпів, яке за підсумками 2012 року становило 0,5%.

Відносно вагомий позитивний вплив на динаміку промислового виробництва справляли лише дві галузі – добувна промисловість (1,9% у 2012 році порівняно з 2011 роком) і постачання електроенергії, газу, пари та кондиційованого повітря (2,0%). Повільніше зростало виробництво у харчовій промис-

ловості (лише на 1,0%), деревообробній та целюлозно-паперовій промисловості (0,9%). Усі інші види промислової діяльності у 2012 році демонстрували негативну динаміку. Найбільший спад відбувся у виробництві коксу та продуктів нафтоперероблення (на 18,4%), насамперед, унаслідок значного скорочення випуску продукції на нафтопереробних підприємствах. Падіння спостерігалось у експортоорієнтованих галузях – металургійному виробництві та машинобудуванні, де зменшення обсягів виробництва складало 3,6% і 3,3% відповідно.

Деякі з галузей, орієнтованих переважно на потреби внутрішнього ринку, також скоротили виробництво (рис.1.1.3). Падіння виробництва у легкій промисловості становило 6,6%; зниження економічної активності у будівництві, скорочення обсягів будівельних робіт зумовили зменшення попиту на неметалеву мінеральну продукцію (будматеріали) – їх виробництво скоротилося на 8,0%³. Загалом падіння обсягів виробництва гумових і пластмасових виробів, іншої неметалевої мінеральної продукції за підсумком 2012 року становило 6,0%.

Після періоду відносної стабільності у 2010 – 2011 роках, у 2012 році сповільнення економічної динаміки призвело до посилення ризиків у системі державних фінансів. Це пов'язано

³ Перспективи економіки України в умовах глобальної макроекономічної нестабільності. Аналітична доповідь, НІСД, Київ, 2013 р.

Рис. 1.1.3. Темпи приросту промислового виробництва за видами діяльності у 2011 – 2012 роках, %

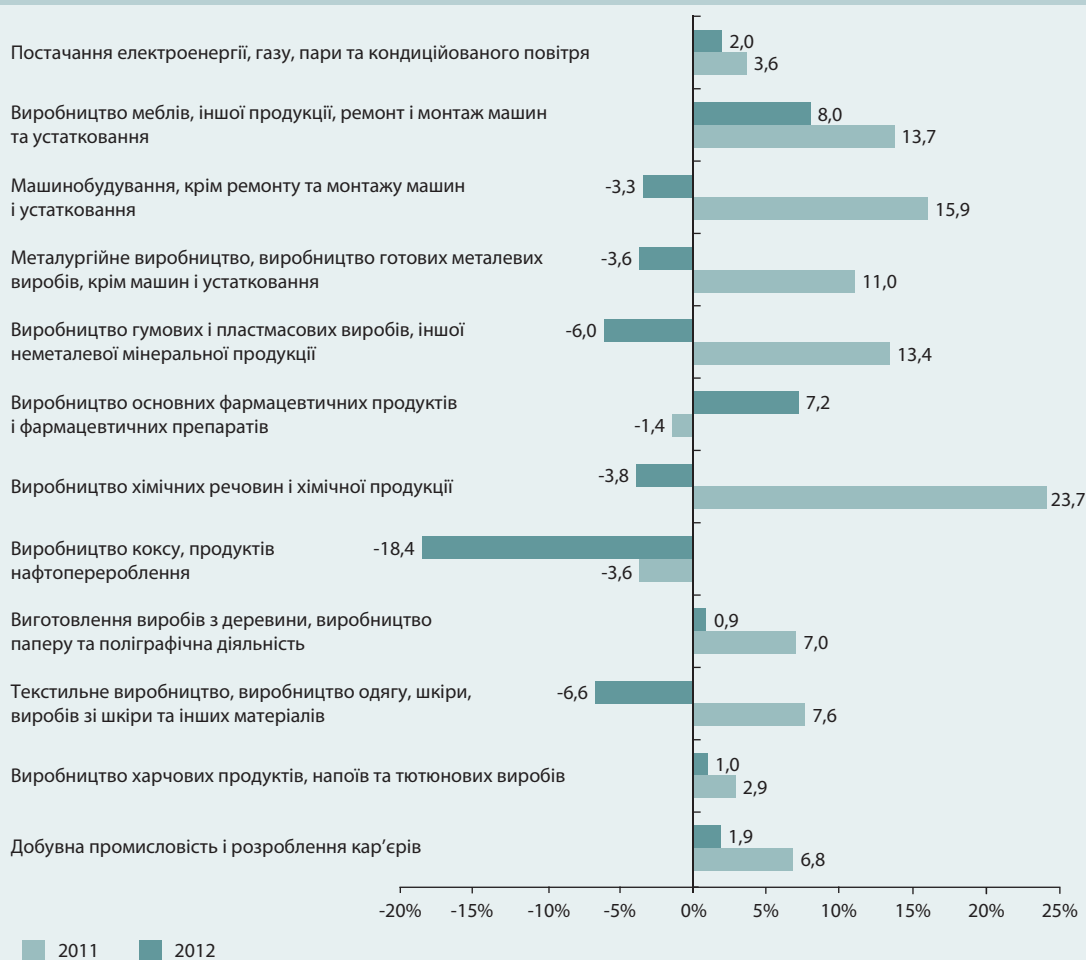


Рис. 1.1.4. Дефіцит державного бюджету України у 2011 – 2012 роках, млрд грн, кумулятивно

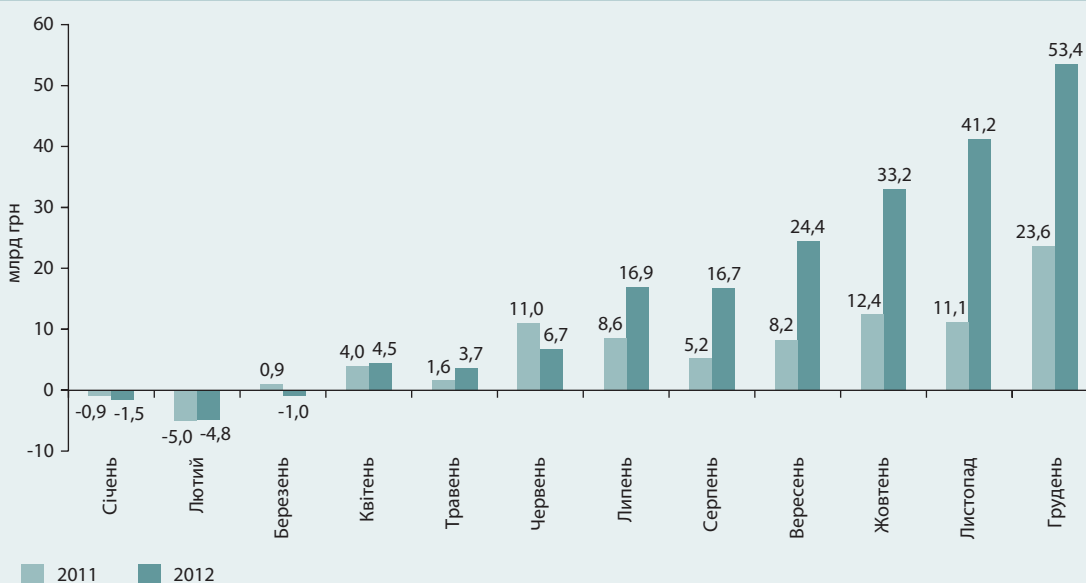


Рис. 1.1.5. Державний і гарантований державою борг України у 2006 – 2012 роках



з загостренням суперечностей, зокрема між динамікою зростання доходів і видатків бюджету, потребами збільшення інвестиційних видатків в умовах сповільнення економічної динаміки й необхідністю підвищення обсягів соціальних видатків з метою забезпечення належного рівня соціального захисту населення, а також між потребами центрального та місцевих бюджетів. Так, повільні темпи зростання доходів бюджету поєднувалися з високими темпами зростання видатків, які за 2012 рік збільшилися на 18,7% (62,2 млрд грн). Соціальні видатки державного бюджету неабияк розглядалися у 2012 році як один зі стимуляторів прискорення економічного зростання.

Відчутний розрив між динамікою зростання доходів і видатків державного бюджету призвів до зростання дефіциту бюджету (рис. 1.1.4). Поряд зі значним обсягом державних боргових зобов'язань, які необхідно було погасити в 2012 році, це призвело до необхідності активізації додаткових боргових залучень. Номінальний обсяг державного боргу України у 2012 році продовжував зростати (рис. 1.1.5). Потреба у додатковому фінансуванні видаткової частини зумовила збільшення дефіциту бюджету з фінансуванням за рахунок внутрішніх запозичень (у 2012 році державний борг зріс на 41,8 млрд грн, у тому числі внутрішній – на 28,8 млрд грн, зовнішній – на 13,0 млрд грн).

Негативну динаміку у 2012 році продемонструвало сільське господарство. Урахову-

ючи його специфіку, визначальний вплив на розвиток у 2012 році справляв природний фактор, а саме, несприятливі погодні умови під час проведення посівної кампанії, дозрівання та збирання рослинницьких культур, що негативно відбилося на врожайності основних сільськогосподарських культур. Як наслідок, за підсумками року обсяг сільськогосподарського виробництва скоротився на 4,5%.

Тим не менш стагнаційні тенденції української економіки 2012 року можуть бути розцінені як черговий шанс для зміни моделі розвитку у напрямі зменшення експортної орієнтації та суттєвого посилення ваги внутрішніх чинників зростання – як споживчого, так і інвестиційного попиту. Така переорієнтація є можливою за умов вжиття цілеспрямованих заходів економічної політики щодо розвитку внутрішнього ринку та активізації інвестиційної діяльності, визначених у Програмі активізації розвитку економіки на 2013 – 2014 роки, ухваленій Кабінетом Міністрів України у лютому 2013 року.

Загалом стан економіки України протягом 2010 – 2012 років виявився сприятливим для досягнення орієнтирів соціального розвитку, передбачених Цілями Розвитку Тисячоліття. Між тим проблеми, пов'язані зі структурними змінами в економіці та суспільстві загалом, посилені жорстким дефіцитом фінансових ресурсів, зумовленим світовою фінансовою кризою, спричинили певне відставання від запланованих орієнтирів.

1.2. Соціальний розвиток України у 2010 – 2012 роках: досягнення та виклики

Результати економічного розвитку право-мірно оцінювати, виходячи зі ступеня досягнення прогресивних соціальних стандартів. Поступове впровадження нової соціальної політики має забезпечити зміни механізмів перерозподілу доходів, створення ефективної системи захисту населення від соціальних ризиків, становлення середнього класу. Завдяки виваженій соціальній політиці у 2012 році було забезпечено зростання соціальних стандартів: прожиткового мінімуму на одну особу – на 14,9%; мінімальної заробітної плати – на 12,9%; мінімальної пенсії – на 10,5%; посадового окладу для працівників бюджетної сфери – на 19,2%.

Протягом останніх років відбувалося підвищення рівня соціальних допомог і соціальних стандартів для окремих категорій громадян. Зокрема, у 2012 році збільшено: допомоги для дітей із малозабезпечених сімей (для дітей 3–13 років – до 120 грн, 13–18 років – до 230 грн); розмір доплати до пенсії членам сімей загиблих інвалідів війни (353,6 грн – 42% прожиткового мінімуму для пенсіонерів). Виплати інвалідам – ліквідаторам аварії на Чорнобильській атомній електростанції збільшено майже вдвічі. Близько 6 млн. вкладників і спадкоємців вкладників колишнього Ощадбанку отримали компенсацію частини коштів у розмірі 1000 грн і 500 грн на одну особу відповідно.

Підвищення цін на газ та електроенергію для населення призвело до значного зростання кількості отримувачів житлових субсидій: порівняно з відповідним періодом попереднього року вона зросла з жовтня по грудень 2010 року майже на третину, а з січня по березень 2011 року – більше ніж на 70%. Водночас вдалося зберегти адресність цих субсидій і підвищити ефективність системи державної підтримки, в тому числі через спрощення порядку їх отримання. Субсидії на оплату житлово-комунальних послуг стали доступніші для тих, хто їх потребує. Знижено поріг отримання житлових субсидій. Держава компенсує сім'ям непрацездатних і пенсіонерів витрати, що більші за 10% їх сімейного бюджету (раніше було 15%). Іншим сім'ям компенсуються витрати на житлово-комунальні послуги, що перевищують 15% їх доходу (раніше було 20%). З початку 2012 року для сімей, до складу яких входять діти або інваліди I і II груп, збільшено розмір граничного доходу зі 50 до 100% прожиткового мінімуму для отримання субсидії на житлово-комунальні послуги.

II груп, збільшено розмір граничного доходу зі 50 до 100% прожиткового мінімуму для отримання субсидії на житлово-комунальні послуги.

Завершено впровадження Стратегії упорядкування системи надання пільг окремим категоріям громадян. Наразі близько 13 млн осіб мають право на соціальні пільги (основні категорії – багатодітні сім'ї, ліквідатори аварії на Чорнобильській атомній електростанції, ветерани війни та діти війни, пенсіонери, люди з обмеженими можливостями тощо). Головною проблемою системи пільг є невідповідність державних зобов'язань з фінансовими можливостями для їх забезпечення. Внаслідок цього не всі пільговики можуть реалізувати своє право на пільги, що робить цей інструмент соціального захисту недостатньо адресним й ефективним.

У сфері соціальної підтримки основні акценти поставлено на поліпшенні демографічної ситуації та адресній допомозі малозабезпеченим сім'ям. Вагомим здобутком стало поліпшення системи захисту сімей та дітей, зокрема тих, хто потребує додаткової підтримки держави. Підвищено допомоги при народженні дитини у середньому у 2,3 раза (при народженні першої дитини – до 28 830 грн, другої дитини – до 57 660 грн, третьої і кожної наступної дитини – до 115 320 грн). Збільшено допомогу по догляду за дитиною у малозабезпечених сім'ях і малозабезпеченим самотніми матерями. Широкий суспільний резонанс мало запровадження надання державної підтримки сім'ям, які виховують дітей із дитячим церебральним паралічем. Це дозволить 30,4 тис. дітей отримати необхідну реабілітацію у ранньому віці. В рамках соціальних ініціатив збільшено на 50% надбавки на догляд за дитиною-інвалідом (з найтяжчим ступенем функціональних обмежень): з 486 грн – до 972 грн (на дітей до 6 років), з 605 грн – до 1210 грн (на дітей до 18 років).

Запроваджено практику надання додаткової фінансової підтримки сім'ям, які взяли на виховання дитину з особливими потребами (водночас без перегляду залишилися виплати для сімей, що мають рідних дітей з особливими потребами). У 2012 році збільшено кількість усиновлених і влаштованих у сімейні форми виховання дітей-сиріт і дітей,

позбавлених батьківського піклування, а рівень влаштування в інтернатні заклади зменшено. За вказаний рік у прийомні сім'ї та дитячі будинки сімейного типу влаштовано 2407 дітей.

Забезпечення зростання доходів і рівня зайнятості. Середньомісячна заробітна плата штатних працівників за 2010 – 2012 роки зросла на понад 35%. За 2012 рік її підвищення становило 14,9%, тобто у середньому за рік вона становила 3026 гривень (рис. 1.2.1).

Стандарти оплати праці в Україні залишаються невисокими порівняно з заробітною платою у країнах – сусідах. Середній розмір заробітної плати у доларовому еквіваленті за 2011 рік становив: в Україні – 331 дол. США (у 2012 році – 379 дол. США); у Польщі – 1147 дол. США; Росії – 806 дол. США; Білорусі – 387 дол. США; Чеській Республіці – 1409 дол. США. У структурі доходів населення заробітна плата залишається критично низькою (42,2% за 2012 рік), що зменшує мотивацію до високопродуктивної та якісної праці. При цьому питома вага соціальних допомог та інших соціальних трансфертів в доходах населення за цей період зросла до 37,4%.

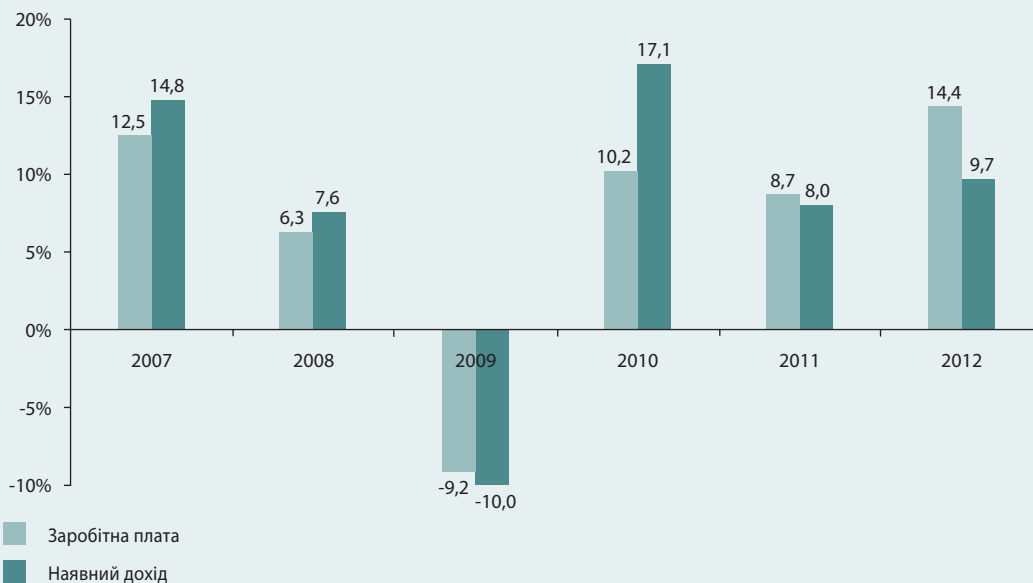
Спостерігаються позитивні тенденції щодо зростання зайнятості та скорочення безро-

біття. За 2010 – 2012 роки кількість зайнятого населення віком 15 – 70 років зросла на 162,8 тис. осіб (до 20,4 млн осіб). Рівень зайнятості населення віком 15–70 років у 2009 році становив 57,7%, у 2010 році – 58,5%, у 2011 році – 59,2%, у 2012 році – 59,7%, що перевищує показники докризового 2008 року. Одночасно відбулося зменшення кількості безробітного населення віком 15–70 років, визначеного за методологією МОП (з 2 млн осіб у 2009 році до 1,7 млн осіб у 2012 році). Рівень безробіття населення (за методологією МОП) зменшився до 7,5% у 2012 році (8,8% у 2009 році).

Безробіття молоді потребує вжиття дієвих заходів. В Україні існує проблема «першого робочого місця». Рівень безробіття населення (за методологією МОП) віком 15 – 24 років досяг у 2012 році відмітки у 17,3%, тобто майже кожна п'ята молода людина є безробітною. Впродовж 2012 році на обліку в державній службі зайнятості перебувало 887,8 тис. осіб віком до 35 років, з яких працевлаштовано 375,8 тис. осіб.

Прийнятий у липні 2012 року Закон України «Про зайнятість населення» передбачає нові механізми стимулювання створення робочих місць, зокрема для найуразливіших на ринку праці осіб – молоді, осіб передпенсійного віку та з обмеженими фізичними можливостями. Законом введено механізми

Рис. 1.2.1. Темпи приросту доходів (у реальному вимірі) у 2007 – 2012 роках, % до попереднього року



щодо: стимулювання роботодавців для створення робочих місць особам, які є недостатньо конкурентоспроможними на ринку праці; посилення зацікавленості роботодавців у підвищенні кваліфікації найманих працівників; стимулювання молодих спеціалістів для роботи у сільській місцевості; надання громадянам віком від 45 років, «ваучерів» для навчання новій професії. У жовтні 2012 року було прийнято Програму сприяння зайнятості населення та стимулювання створення нових робочих місць на період до 2017 року.

Останніми роками було приділено значну увагу реформуванню пенсійної системи. Середній розмір пенсії станом на 1 січня 2013 року дорівнював 1 470,7 грн, зростання порівняно з відповідним періодом попереднього року становить 217,4 грн, або 17,4% (станом на 1 січня 2012 року – 1 253,3 грн). У 2012 році проведено перерахунок пенсій для 12,9 млн осіб, у середньому пенсії збільшено на 141,6 грн. У результаті осучаснення і підвищення пенсій утрималися кількість пенсіонерів, які отримують пенсії нижче 1 тис. грн (з 7,6 млн осіб до 2,4 млн). Серед недоліків реформування пенсійної системи слід зазначити: складність пенсійного законодавства; недостатнє запровадження страхового принципу (що порушує принцип соціальної справедливості при призначенні пенсій і зумовлює низьку особисту зацікавленість громадян у майбутньому пенсійному забезпеченні); недосконале фінансове адміністрування тощо.

На початок 2010 року сфера соціальних послуг характеризувалася низькою ефективністю при значних витратах, переважно зношеною інфраструктурою, застарілими методами управління, недостатньою кваліфікацією персоналу. Починаючи з кінця 2011 року, держава стала приділяти більше уваги розвитку сфери соціальних послуг, наслідком чого стало ухвалення низки стратегічних документів. Було розроблено Стратегію реформування системи надання соціальних послуг і внесено зміни до базового Закону України «Про соціальні послуги». Однією з важливих інновацій стало створення нормативного підґрунтя для диверсифікації надавачів соціальних послуг. Відтепер послуги можуть надавати за бюджетні кошти також і НДО, комерційні організації, фізичні особи-підприємці. Проте для реального ринку соціальних

послуг місцевим адміністраціям (які уповноважені здійснювати соціальне замовлення соціальних послуг) не вистачає коштів у місцевих бюджетах.

Ще одним пріоритетом стала переорієнтація системи соціальних послуг на раннє виявлення вразливих сімей і надання їм допомоги. З цією метою запроваджено інститут фахівців із соціальної роботи чисельністю в 12 тис. працівників, які розпочали свою діяльність у липні – серпні 2012 року. Протягом II півріччя 2012 року ними відвідано більше ніж 1 млн сімей, з яких 670 тисяч проживають у сільській, гірській місцевості та у віддалених районах міст. 89 тисяч 730 сімей отримали соціальну допомогу, з них 31 тисяча 720 сімей, в яких виховуються 75 тисяч 53 діти, перебували під соціальним супроводом фахівців із соціальної роботи.

Не менш важливим чинником є те, що робота цих фахівців направлена на виявлення життєвих проблем сім'ї на ранніх стадіях і надання вчасної підтримки, попередження сімейного неблагополуччя, а в деяких випадках – попередження вилучення дитини з сім'ї. Так, із загальної кількості сімей, охоплених послугами фахівців, 83 тисячі 232 сім'ї вчасно отримали допомогу та не опинились у складних життєвих обставинах (цей показник майже в 5 разів більше аналогічного показника 2011 року).

На початок 2013 року близько 3,5 млн населення було охоплено різними соціальними послугами, що надаються державними закладами та установами. Наразі діють: 732 територіальних центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг), 737 центрів соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді, 324 будинки-інтернати, 202 відділення соціально-медичної допомоги, 87 закладів для безпритульних громадян і 25 установ для осіб, звільнених з місць позбавлення волі.

Соціальна політика не обмежується лише допомогою найбільш уразливим верствам населення. Соціальна справедливість полягає в тому, щоб забезпечити людям рівні права та можливості повною мірою реалізувати свій потенціал у праці та отримувати за це належну винагороду. Подолання безробіття, створення нових сучасних робочих місць, підвищення продуктивності праці – завдання, які постають перед Україною.

ВПЛИВ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ НА НАЦІОНАЛЬНИЙ РОЗВИТОК

РОЗДІЛ ДРУГИЙ

2.1. Упровадження національних ЦРТ у стратегічне планування соціально-економічного розвитку країни

Починаючи з 2000 року, ЦРТ слугували орієнтиром для встановлення пріоритетів розвитку та використовувались у процесі стратегічного планування соціально-економічного розвитку на національному та субнаціональному (регіональному) рівнях. Таке використання завдань й індикаторів ЦРТ сприяє забезпеченню соціалізації економічного зростання.

Національний рівень. Будуючи державу та впроваджуючи нові інструменти ринкового регулювання соціально-економічних процесів, Україна потребувала чітко визначеної та прийнятної для суспільства стратегії досягнення об'єднуючих цілей розвитку. За роки незалежності в економіці країни відбулися суттєві зміни, що вимагали нової системи стратегічного планування та прогнозування. ЦРТ стали «драйвером зрушень» у цій сфері. Глобальні ЦРТ, визначені у 2000 році, запропонували світовій спільноті нові цінності й нове бачення зростання, що привело до переосмислення засад національного розвитку в Україні. Після адаптації ЦРТ для України у 2003 році почали відбуватися зміни у підходах до стратегічного планування та визначення цілей соціально-економічного розвитку України.

Першим визнанням значущості ЦРТ для національного розвитку стало розроблення Стратегії подолання бідності у 2001 році. У процесі розроблення довгострокової Стратегії економічного і соціального розвитку України на 2004 – 2015 рр. «Шляхом європейської інтеграції» було враховано ЦРТ, більше того, вони органічно увійшли до набору стратегічних завдань розвитку України. Стратегія визначила такі цілі розвитку: створення передумов для набуття Україною повноправного членства в Європейському Союзі; забезпечення сталого економічного зростання та прискореного подолання на цій основі розриву в обсягах ВВП на одну особу між Україною та державами-членами ЄС; утвердження інноваційної моделі розвитку та утвердження України як конкурентоспроможної високотехнологічної держави; соціальна переорієнтація економічної політики. Три цілі з системи ЦРТ увійшли до цієї стратегії: «Подолання бідності», «Забезпечення якісної освіти впродовж життя» та «Забезпечення гендерної рівності». ЦРТ

також було враховано у процесі розроблення проекту наступної стратегії «Україна – 2020. Стратегія національної модернізації». У окремому розділі «Людина і сталий розвиток» враховано завдання ЦРТ у сфері освіти, охорони здоров'я та навколишнього середовища.

Протягом років незалежності пріоритети розвитку, визначені у Посланнях Президента України до Верховної Ради України, посідали провідне місце у середньострокових завданнях розвитку країни. Сприйняття ЦРТ як цілей, що стосуються життя кожної людини, уможливило посилення їх значення для формування майбутнього суспільного буття.

Починаючи з 2004 року, щорічні Державні програми економічного і соціального розвитку України (які розроблялися до 2012 року) враховували завдання та індикатори ЦРТ. У Державній програмі економічного і соціального розвитку України на 2010 рік (антикризова програма) визначено як стратегічні такі завдання: забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків в усіх сферах суспільного життя (відповідно до третьої цілі з ЦРТ); підвищення ефективності державної підтримки вразливих верств населення; реформування сфери надання соціальних послуг (відповідно до першої цілі з ЦРТ).

Протягом останніх десяти років в Україні було прийнято низку програм галузевого та міжгалузевого характеру, спрямованих на реалізацію ЦРТ, а саме Державну цільову соціальну програму подолання та запобігання бідності на період до 2015 року; Загальнодержавну цільову програму «Питна вода України» на 2011 – 2020 роки; Державну цільову програму «Ліси України» на 2010 – 2015 роки; Державну цільову соціальну програму розвитку позашкільної освіти на період до 2014 року; Державну цільову програму розвитку професійно-технічної освіти на 2011 – 2015 роки; Державну цільову програму розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року тощо. ЦРТ слугували орієнтиром для розроблення та реалізації національних проектів у деяких сферах ЦРТ («Нове життя. Нова якість охорони материнства та дитинства», «Якісна вода», «Відкритий світ»).

Субнаціональний рівень (регіональний рівень). Упровадження ЦРТ у стратегічне планування на регіональному привело до визнання пріоритетності завдань перетворення економічних здобутків у підвищення добробуту та якості життя населення. Локалізація національних ЦРТ та їх інкорпорація в практику планування та програмування соціально-економічного розвитку (на рівні області, району, міста) стала прикладом розбудови спроможності державних органів влади до стратегічного планування «нового типу», тобто відкритого й орієнтованого на результат, яким є покращання рівня життя людей. У пілотних областях України уперше було залучено громадськість до визначення стратегічних завдань розвитку та моніторингу їх виконання. Завдяки локалізації ЦРТ уперше в Україні сформовано пакети регіональних пріоритетів розвитку з урахуванням суспільної думки та встановлено чіткі завдання розвитку області та їх цільові орієнтири. Локалізація ЦРТ довела, що успішна реалізація цілей можлива лише за умови активної участі в цьому процесі регіональної влади та регіональних громад. Конкретизація завдань ЦРТ на регіональному рівні тісно пов'язана з питаннями децентралізації та реформами місцевого самоврядування, що передбачає широку участь заінтересованих сторін у стратегічному плануванні, реалізації регіональних програм та їх моніторингу. Локалізація протидіє перетворенню досягнення ЦРТ у процес, скерований зверху вниз, дозволяє врахувати регіональну різноманітність, страхує від

збереження великої нерівності між різними регіонами.

На практиці процес локалізації ЦРТ розпочинався з розроблення комплексу завдань ЦРТ на регіональному рівні. Одночасно з проведенням організаційної та аналітичної роботи розроблялися методичні рекомендації для локалізації ЦРТ на місцевому рівні; проводилися серії експертних обговорень з кожної із цілей ЦРТ і семінари-тренінги для представників органів виконавчої влади, НДО, наукових інституцій та інших груп інтересів щодо інкорпорації ЦРТ у процеси прогнозування та планування на регіональному та місцевому рівні. До процесу локалізації було залучено НДО, наукові інститути та широкі кола громадськості, створено регіональні мережі НДО (або громадські ради) з питань ЦРТ з метою встановлення зворотного зв'язку й отримання незалежної оцінки прогресу та моніторингу виконання ЦРТ на регіональному рівні.

В Україні ЦРТ було локалізовано у Луганщині, Донеччині та Львівщині у 2005 – 2006 роках, в Автономній Республіці Крим у 2011 році та у Чернівецькій області у 2012 році. Результати локалізації ЦРТ – Доповіді «ЦРТ: Луганщина», «ЦРТ: Донеччина», «ЦРТ: Львівщина» – стали складовою довгострокових стратегій розвитку областей (до 2015 року). Доповідь «ЦРТ: Крим» доповнює існуючу стратегію розвитку Криму, а доповідь «ЦРТ: Чернівецька область» використовуватиметься у процесі нової стратегії обласного розвитку.

2.2. Вплив ЦРТ на національний розвиток за цілями

Подолання бідності. Трансформаційні процеси в економіці України перших років незалежності спричинили майже на 60-відсоткове зменшення грошових доходів середньої родини. Унаслідок цього значна частка населення з традиційно середніми доходами опинилася за межею бідності. Ці виклики зумовили необхідність запровадження планування процесів подолання бідності в Україні. Після приєднання до Декларації Тисячоліття ООН в Україні було розпочато розроблення Стратегії подолання бідності, що привело до визначення поняття «бідність» і встановлення завдань боротьби з нею (підвищення зайнятості населення та збільшення доходів від трудової діяльності; запровадження системи адресної соціальної допомоги та соціальних послуг; соціальна підтримка вразливих верств населення, тощо). 15 серпня 2001 року Президент України підписав Указ «Про Стратегію подолання бідності». До 2009 року щорічно затверджувалися плани заходів для подолання бідності, розроблялися та виконувалися регіональні програми подолання бідності.

Бідність є однією з найболючіших проблем суспільства, від якої страждає значна частина населення України та яка суттєво обмежує можливості людського розвитку, породжує соціальні конфлікти, становить загрозу єдності суспільства та національній безпеці України. Подолання бідності, перш за все викорінення її найгостріших проявів, визнано найважливішим завданням в Україні. У 2011 році Урядом за участю Національної академії наук України, провідних наукових центрів, соціальних партнерів, громадських організацій з урахуванням вітчизняного та міжнародного досвіду було розроблено Державну цільову соціальну програму подолання та запобігання бідності на період до 2015 року. У Програмі окреслено заходи, спрямовані на зменшення масштабів бідності, покращання рівня життя сімей з дітьми, особливо багатодітних, дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, безпритульних дітей, безробітних, людей з особливими потребами, пенсіонерів, бездомних осіб, скорочення бідності населення, яке мешкає у сільській місцевості, та запобігання хронічній бідності.

Програма передбачає: відновлення виробництва та стимулювання економічного зростання; сприяння зайнятості населення та розвиток ринку праці; удосконалення механізму оплати праці та соціального діалогу як основних чинників створення умов для гідної праці; розвиток системи соціального страхування; удосконалення пенсійної системи та подальше проведення пенсійної реформи; реформування системи соціального захисту; соціальна підтримка сімей, дітей і молоді; поліпшення медичного обслуговування громадян. Запроваджено моніторинг основних показників рівня бідності (за відносним та абсолютним критерієм, створення робочих місць і співвідношення розміру державних соціальних гарантій і прожиткового мінімуму тощо).

З метою підвищення ефективності державної підтримки тих категорій населення, які її особливо потребують, збільшено розміри державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям із дітьми та непрацездатними особами, підвищень до пенсій учасникам війни та дітям війни, пенсійних виплат тим, хто постраждав унаслідок Чорнобильської катастрофи, та військовослужбовцям у відставці. Осучаснено пенсії пенсіонерам, які пішли на пенсію до 2008 року, страхові виплати шахтарям з інвалідністю та іншим потерпілим на виробництві й членам їхніх сімей.

Для забезпечення повного охоплення найуразливіших громадян модернізовано роботу соціальних служб. Започатковано інститут фахівців із соціальної роботи (понад 12 тис. осіб), головне завдання яких – надання вчасної та якісної допомоги кожному, хто опинився в складних життєвих обставинах, і раннє виявлення тих, хто може в них опинитися. В результаті у 5 разів зросла чисельність сімей, які отримали необхідні соціальні послуги.

У липні 2012 року парламентом прийнято Закон України «Про зайнятість населення», яким передбачено створення робочих місць для найбільш уразливих категорій населення: молоді, осіб з особливими потребами, осіб передпенсійного віку, а

також сприяння зайнятості молодих спеціалістів у сільській місцевості, встановлення зв'язку між освітньо-кваліфікаційним рівнем випускників навчальних закладів і потребами ринку праці, подолання дефіциту можливостей для професійного зростання.

Забезпечення якісної освіти впродовж життя. Концептуальні основи реформування системи освіти в Україні було визначено Національною доктриною розвитку освіти, затвердженою у 2002 році. Доктриною було окреслено шляхи забезпечення рівного доступу кожної людини до дошкільної, позашкільної, інклюзивної, професійно-технічної та вищої освіти, а також проголошено, що якість освіти є національним пріоритетом і передумовою національної безпеки держави.

Після адаптації ЦРТ у 2003 році та встановлення цілі щодо забезпечення якісної освіти України приєдналася до країн Європи, які підписали Болонську декларацію, спрямовану на створення єдиного європейського простору вищої освіти, розширення академічної мобільності студентів, викладачів, науковців (травень 2005 року). Суттєвий вплив ЦРТ справили на подальший розвиток освіти в Україні, її інтеграцію в європейський освітній простір, а також створення умов для забезпечення доступу громадян до якісної освіти. Так, було здійснено комплекс заходів, спрямованих на: перехід до проведення вступу до вищих навчальних закладів за результатами зовнішнього незалежного оцінювання; запровадження практики укладання тристоронніх угод «студент – вищий навчальний заклад – роботодавець»; створення національної системи моніторингу якості освіти на основі критеріїв держав – членів Європейського Союзу тощо.

На досягнення ЦРТ було спрямовано реалізацію таких державних цільових програм: інформатизації загальноосвітніх навчальних закладів, комп'ютеризації сільських шкіл на 2001 – 2003 роки; інформатизації та комп'ютеризації професійно-технічних навчальних закладів на 2004 – 2007 роки та вищих навчальних закладів I – II рівня акредитації на 2005 – 2008 роки; розвитку позашкільних навчальних закладів на 2002 – 2008 роки; «Вчитель» на 2002 – 2012 роки; «Шкільний автобус» на 2003 – 2010 роки; розвитку системи дистанційного навчання на 2004 –

2006 роки; забезпечення загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладів сучасними технічними засобами навчання з природничо-технічних і математичних дисциплін на 2005 – 2011 роки тощо.

Виконання програм забезпечило такі результати: у всіх регіонах України діє програма «Шкільний автобус», рівень забезпечення шкіл комп'ютерними класами в країні становить більше 90%, готуються та затверджуються державні стандарти загальної середньої, професійно-технічної освіти, запроваджено загальне зовнішнє незалежне оцінювання навчальних досягнень випускників середньої школи, яке стало обов'язковою процедурою для бажаючих поступити до вітчизняних ВНЗ; проводиться Міжнародне дослідження якості математичної та природничої освіти (TIMMS); відбулися реформи на засадах Болонської декларації (адаптовано до європейських вимог вищої освіти окремі документи, удосконалено нормативно-правову базу міжнародного співробітництва, введено ступені бакалавра та магістра; розширюється співпраця із закордонними навчальними закладами в галузі навчання і досліджень); почала діяти програма «Компас», у рамках якої уперше було визначено рейтинг ВНЗ серед роботодавців.

Для досягнення другої цілі ЦРТ урядовою політикою було визначено такі завдання:

- ✓ *Удосконалення системи управління освітою*, що передбачало: підвищення самостійності навчальних закладів; оптимізацію мережі навчальних закладів; реформування системи інтернатних закладів; передання функцій управління ПТНЗ на місцевий рівень; створення укрупнених регіональних ВНЗ.
- ✓ *Підвищення якості й конкурентоспроможності освіти*, що передбачало: створення нових державних стандартів початкової, базової та повної середньої освіти; упровадження стандартів, що ґрунтуються на компетенціях у професійно-технічній освіті; розроблення національної системи оцінювання якості освіти; посилення мотивації роботодавців до участі в підготовці навчальних програм, узгодження з ними освітніх і професійних стандартів тощо.
- ✓ *Забезпечення доступності освіти*, що передбачало: посилення державної під-

тримки розвитку мережі дошкільних і позашкільних закладів; запровадження нових підходів до вирішення завдань інтеграції в суспільство дітей з особливими потребами; запровадження Національної рамки кваліфікацій.

- ✓ *Підвищення ефективності фінансування освіти*, що передбачало: розроблення та перехід до єдиного стандарту вартості навчання одного учня / студента; перехід у фінансуванні навчальних закладів від принципу утримання закладів до принципу формування їх бюджетів, виходячи з кількості учнів і стандарту вартості навчання одного учня / студента; зміну підходів до формування державного замовлення на підготовку фахівців.

Вирішальне значення для гармонізації освітньої підготовки з вимогами ринку праці має прийняття Закону України «Про формування та розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних і робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів».

Для забезпечення доступності якісної освіти в Україні реалізуються такі державні програми: розвитку позашкільної освіти на період до 2014 року; розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року; підвищення якості шкільної природничо-математичної освіти на період до 2015 року; розвитку професійно-технічної освіти на 2011 – 2015 роки; упровадження у навчально-виховний процес загальноосвітніх навчальних закладів інформаційно-комунікаційних технологій «Сто відсотків» до 2015 року; «Шкільний автобус» до 2015 року.

Урядом було передбачено: створення 100 тис. нових місць у дитячих дошкільних закладах (охоплення 85% дітей); забезпечення державної підтримки позашкільних навчальних закладів з метою збереження та розширення їх існуючої мережі; започаткування всеукраїнських та обласних літніх шкіл; забезпечення у повному обсязі дітей з особливими потребами технічними й іншими засобами реабілітації, спеціальними засобами для спілкування, орієнтування й обміну інформацією.

Забезпечення гендерної рівності. На законодавчому рівні в Україні забезпечено рівні

права жінок і чоловіків. Основні принципи гендерної рівності встановлені Конституцією.

Адаптація ЦРТ в Україні у 2003 році надала новий імпульс у напрямі посилення політичної волі для забезпечення гендерної рівності. У 2001 році Верховною Радою було прийнято Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», який став потужним рушієм у напрямі забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків у всіх сферах життя суспільства. У липні 2005 році, відповідно до Указу Президента України «Про вдосконалення роботи центральних і місцевих органів виконавчої влади щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок та чоловіків» керівники центральних та місцевих органів виконавчої влади були зобов'язані здійснювати заходи щодо: співробітництва з громадськими організаціями, у тому числі громадськими жіночими організаціями, для узагальнення інформації щодо стану забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, а також визначення шляхів запобігання виникненню дискримінації за ознакою статі; розгляду та проведення аналізу звернень громадян з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків. Крім того, міністри, керівники інших центральних та місцевих органів виконавчої влади щороку мали організовувати розроблення відповідних планів заходів. У вересні 2005 року Верховною Радою України прийнято Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», норми якого спрямовано на досягнення паритетного становища жінок і чоловіків у всіх сферах життєдіяльності суспільства, застосування заходів, націлених на усунення дисбалансу між можливостями жінок і чоловіків реалізовувати рівні права, надані їм Конституцією та законодавством України.

Відповідно до зазначеного Закону, Уряд забезпечує проведення єдиної державної політики, спрямованої на досягнення рівних прав і рівних можливостей жінок і чоловіків у всіх сферах життя суспільства, приймає Національний план дій з впровадження гендерної рівності та забезпечує його виконання, розробляє державні цільові програми щодо забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, спрямовує та координує роботу міністерств, інших орга-

нів виконавчої влади щодо забезпечення гендерної рівності, організовує підготовку державної доповіді про виконання в Україні Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок тощо. Закон також передбачає утворення консультативно-дорадчих органів, призначення радників з питань рівних прав та можливостей жінок і чоловіків. Центральний орган виконавчої влади, що формує Національний план дій по впровадженню гендерної рівності, узагальнює виконання державних програм з питань гендерної рівності, здійснює контроль за її дотриманням під час вирішення кадрових питань у центральних та місцевих органах виконавчої влади, разом з іншими центральними органами виконавчої влади здійснює підготовку пропозицій з питань забезпечення гендерної рівності тощо. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини контролює дотримання рівних прав та можливостей жінок і чоловіків і розглядає скарги на випадки дискримінації за ознакою статі.

Для забезпечення ефективної реалізації згаданого Закону у квітні 2006 році Уряд затвердив акт, яким запроваджено гендерно-правову експертизу чинного законодавства та проектів нормативно-правових актів. У грудні 2006 року Урядом було прийнято Державну програму з утвердження гендерної рівності в українському суспільстві на період до 2010 року, якою передбачено: приведення законодавства України у відповідність з міжнародними нормами та стандартами у сфері забезпечення гендерної рівності, а галузевих нормативно-правових актів – у відповідність із Законом України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», підготовка пропозицій щодо внесення змін до виборчого законодавства і Закону України «Про політичні партії в Україні» у частині впровадження гендерних квот; забезпечення підготовки та публікації щорічної державної доповіді щодо гендерної рівності в Україні тощо. Постановою Кабінету Міністрів України від 5 вересня 2007 року № 1087 «Про консультативно-дорадчі органи з питань сім'ї, гендерної рівності, демографічного розвитку, запобігання насильству в сім'ї та протидії торгівлі людьми» затверджено Положення про Міжвідомчу раду з питань сім'ї, гендерної рівності, демографічного розвитку, запобігання насильству в сім'ї та

протидії торгівлі людьми та Порядок підготовки щорічних державних доповідей з питань сім'ї, гендерної рівності та демографічного розвитку, запобігання насильству в сім'ї. Місцевими органами влади затверджуються регіональні програми з утвердження гендерної рівності в усіх сферах розвитку регіону, що передбачають заходи та відповідальність за вчасність і повноту їх виконання.

Урядом у грудні 2010 року затверджено план заходів з проведення Національної кампанії «Стоп насильству!» на період до 2015 року, яким передбачено розроблення: програм курсів з питань запобігання насильству в сім'ї; мінімальних стандартів соціальних послуг для осіб, що постраждали від насильства в сім'ї; інформаційно-просвітницьких програм з питань виховання гендерної культури та запобігання всім формам насильства в сім'ї тощо. У 2011 році Національною академією державного управління було видано навчальний комплекс для здобуття державними службовцями та посадовими особами місцевого самоврядування знань і умінь щодо реалізації політики гендерного партнерства, рівних прав та можливостей з використанням інноваційних підходів.

Важливим етапом стало прийняття у вересні 2011 року Закону України «Про протидію торгівлі людьми», який також спрямовано на забезпечення гендерної рівності та міжнародного співробітництва у цій сфері. У листопаді 2012 року Урядом схвалено Концепцію Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року, якою передбачено: приведення законодавства з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків у відповідність з міжнародними стандартами та законодавством Європейського Союзу; запровадження гендерних підходів у систему освіти; розроблення механізму реалізації права на захист від дискримінації за ознакою статі тощо.

У травні 2013 року у міжнародний день сім'ї Урядом було затверджено Державну цільову соціальну програму підтримки сім'ї до 2016 року, якою передбачено здійснення комплексу заходів (зокрема, у розрізі регіонів), спрямованих на запобігання асоціальним проявам у сім'ї, передусім насильству, соціальний захист і підтримку сімей, які

опинились у складних життєвих обставинах, у тому числі шляхом проведення інформаційно-просвітницької кампанії, популяризації моделі «доброго батька» та протидії насильству в сім'ї.

Зменшення дитячої смертності та поліпшення здоров'я матерів. Від рівня здоров'я дітей залежить формування майбутнього трудового та інтелектуального потенціалу України. Здоров'я жінок є одним із вирішальних факторів, які визначають здоров'я нових поколінь, а здоров'я матерів – одна з найвищих цінностей суспільства, що становлять основу економічного та духовного розвитку держави, поліпшення демографічної ситуації. Після Саміту Тисячоліття ООН Президент України у грудні 2000 року затвердив Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. Основними напрямками реформування служби охорони здоров'я матерів і дітей було визначено: розширення профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційно-відновлювальних заходів, спрямованих на оздоровлення жінок; розвиток служб планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування тощо. На виконання взятих Україною зобов'язань щодо досягнення ЦРТ у лютому 2001 року Президент України затвердив Національну програму «Репродуктивне здоров'я» на 2001 – 2005 роки, що була спрямована на поліпшення демографічної ситуації в державі, збереження репродуктивного здоров'я населення, охорону материнства та дитинства.

Відповідно до ЦРТ та документу ВООЗ «Політика досягнення здоров'я для всіх у XXI столітті», Урядом у січні 2002 року було прийнято Міжгалузову комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки. Вона передбачала комплекс заходів для задоволення потреб населення в охороні здоров'я, забезпечення прав громадян на якісну та доступну медико-санітарну допомогу, створення умов для формування здорового способу життя, проведення активної демографічної політики, охорони материнства і дитинства.

ЦРТ слугували орієнтиром для створення Концепції безпечного материнства (2002 рік), реалізація якої забезпечила розроблення державної, галузевих і регіональних програм охорони материнства та дитинства. Окремим актом Уряд затвердив

Заходи щодо реалізації Концепції безпечного материнства, які відповідають ЦРТ та передбачають використання міжнародного досвіду, зокрема ініціативи ВООЗ та ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини». Було розроблено Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року (2006 рік). Ця Програма визначала напрями покращання репродуктивного здоров'я за рахунок поліпшення якості та доступності медичної допомоги, пропаганди здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства. Завдяки цій Програмі у діяльність закладів охорони здоров'я було впроваджено стандарти та протоколи лікування, сучасні перинатальні технології, що дозволило знизити рівень ускладнених пологів у 2 рази (у АР Крим, Волинській, Донецькій, Львівській областях).

Ідеологія медичної реформи викладена у пакеті базових законів, прийнятих парламентом: новій редакції Закону про Основи законодавства про охорону здоров'я, Законі про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві, й Законі про екстрену медичну допомогу. У чотирьох пілотних регіонах завершено реорганізацію мережі первинної ланки: створено центри первинної медико-санітарної допомоги як організаційної основи для сімейної медицини, відпрацьовуються нові договірні механізми фінансування медичних закладів. У результаті впровадження нових умов оплата праці медичних працівників «первинки» залежно від обсягу та якості роботи у пілотних регіонах досягла 5 – 6 тис. грн. За рахунок бюджетних коштів проведено оснащення амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, у тому числі закуплено автотранспорт. Триває робота над електронним реєстром пацієнтів. У пілотних регіонах концентрується стаціонарна медична допомога та визначаються медичні заклади, на базі яких утворюватимуться багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування – центри відповідних госпітальних округів. Ухвалений у липні 2012 року Закон України «Про екстрену медичну допомогу» передбачає зміну в усіх регіонах України підходів щодо надання екстреної медичної допомоги з метою гарантування вчасного доїзду бригади «швидкої» на виклик: у межах 10 хв. у місті та 20 хв. у сільській місцевості. У цьому

напрямі зроблено перші кроки, зокрема поліпшено матеріальне забезпечення: у 5 – 8 разів збільшено бюджетне фінансування на комплектування ліками сумки-аптечки лікаря «швидкої допомоги»; придбано рекордну за роки незалежності кількість сучасних автомобілів «швидкої допомоги» (286 одиниць). Ще 1000 санітарних авто має бути закуплено у 2013 році.

Україна однією з перших у Східній Європі підписала Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну. Завдяки підвищенню акцизу, жорсткішим вимогам щодо торгівлі, маркуванню пачок цигарок, забороні реклами, обмеженню паління у громадських місцях та закладах громадського харчування, спостерігається зменшення масштабів тютюнопаління, особливо серед підлітків.

Активно впроваджується Національний проект «Нове життя»: відкрито одинадцять перинатальних центрів, у яких народилося понад 25 тисяч малюків, триває робота по відкриттю ще дев'яти. Створення високотехнологічних перинатальних центрів зменшує материнську та дитячу смертність, значно покращує якість надання медичної допомоги жінкам та новонародженим. Розвиток сфери охорони громадського здоров'я в Україні відбувається з урахуванням положень Європейської політики в охороні здоров'я «Здоров'я – 2020», схваленої восени 2012 року.

Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів. Поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу призводить до зменшення тривалості життя, зростання потреби в якісних медичних послугах, загострення проблем бідності, соціальної нерівності, безпритульності та сирітства. У 2000 році Президент України видав Указ «Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу», що став відправною точкою у процесі стратегічного планування національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та виконання зобов'язань з досягнення ЦРТ.

Програма профілактики ВІЛ/СНІДу на 2001 – 2003 роки (2001 рік) забезпечила виконання комплексу заходів, які охоплювали: інформаційно-освітню роботу з дітьми та молоддю; співпрацю зі засобами масової інформації щодо інформування населення

з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу; заходи для зменшення небезпеки інфікування ВІЛ уразливих груп населення (споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, які надають сексуальні послуги за плату, чоловіків, що мають сексуальні стосунки з чоловіками, ув'язнених тощо). За результатами ініційованої Україною 26-ї спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з проблеми ВІЛ/СНІД (червень 2001 року), Президент України оголосив 2002 рік «Роком боротьби зі СНІДом». Україна у 2002 році увійшла до складу правління Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Відповідно до рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, яка була ухвалена Генеральною Асамблеєю ООН у 2001 році, та згідно з рекомендаціями ЮНЕЙДС у грудні 2004 року Уряд зобов'язав центральні органи виконавчої влади проводити моніторинг стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД. На виконання цього розпорядження МОЗ України затвердило перелік національних показників моніторингу та оцінки ефективності відповідних заходів та на їх базі них готує Національний звіт.

У листопаді 2005 року в країні було створено єдиний орган для координації заходів щодо реалізації єдиної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні – Національну координаційну раду з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу. Основними завданнями Національної ради є: проведення моніторингу виконання програм та здійснення заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу; участь у розробленні проектів нормативно-правових актів, програм і заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу; інформування Кабінету Міністрів України та громадськості про результати здійснення заходів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки передбачає комплекс заходів, спрямованих на стабілізацію епідемічної ситуації, зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів, послуг з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

У травні 2013 року Урядом схвалено Концепцію Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 роки, яка спрямована на: зменшення на 50% кількості нових випадків інфікування серед представників груп підвищеного ризику; унеможливлення інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; забезпечення доступу усіх представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до участі у профілактичних програмах; охоплення 100% дітей та молоді під час виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя; забезпечення усіх ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом, медичною допомогою та соціальними послугами з догляду та підтримки; забезпечення доступу до безперервного лікування препаратами антиретровірусної терапії усіх хворих на ВІЛ-інфекцію, які цього потребують; зменшення на 50% смертності від туберкульозу серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/туберкульоз; формування серед населення толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику і зниження на 50% рівня дискримінації таких людей.

Національну програму боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002 – 2005 роки було реалізовано з метою: виявлення та діагностики, лікування та профілактики туберкульозу; забезпечення диспансерної роботи в осередках туберкульозної інфекції; профілактики туберкульозу; здійснення контролю за поширенням туберкульозу. Для реалізації Програми було придбано протитуберкульозні препарати, матеріали для мікробіологічної діагностики туберкульозу, пересувні флюорографи, бронхоскопи та інше устаткування.

Пізніше завдяки дії Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 – 2011 роках було забезпечено поліпшення епідемічної ситуації шляхом зниження показників захворюваності та смертності населення від туберкульозу, підвищення ефективності його лікування, удосконалення системи підготовки й перепідготовки медичних працівників, поліпшення лабораторної діагностики туберкульозу.

Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії захворюванню на

туберкульоз на 2012 – 2016 роки, затвердженою Законом України (жовтень 2012 року), визначено комплекс заходів, спрямованих на зменшення кількості хворих на туберкульоз, зниження рівня захворюваності та смертності від нього шляхом забезпечення загального та рівного доступу населення до високоякісних послуг з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу.

Вплив ЦРТ зумовив нові вимоги до підвищення ефективності профілактики та протидії захворюваності на туберкульоз, зокрема: першочергове охоплення груп ризику скринінговими дослідженнями та туберкулінодіагностикою, завершення оптимізації мережі лабораторій із мікробіологічної діагностики туберкульозу та створення відповідно до рекомендацій ВООЗ Національної референс-лабораторії; визначення критеріїв для оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, якими надається медична допомога хворим на туберкульоз; удосконалення примірного табеля оснащення протитуберкульозних закладів, зокрема рентген-апаратами; прискорення темпів зниження захворюваності на туберкульоз (не менше ніж на 3 в.п. на рік). На регіональному рівні органи місцевої виконавчої влади розробляють та затверджують регіональні програми профілактики та протидії захворюваності на туберкульоз.

Сталий розвиток довкілля. Конституція України передбачає право громадян на безпечне для життя і здоров'я довкілля (стаття 50), при цьому забезпечення екологічної безпеки (стаття 16) та санітарно-епідемічного благополуччя (стаття 49) є обов'язком держави. ЦРТ стали потужним стимулом та механізмом забезпечення громадянських прав, що впливають із зазначених статей Конституції України. У першу чергу це стосується забезпечення населення якісною та безпечною для здоров'я питною водою, оскільки це питання було та залишається одним із найбільш значущих, адже безпосередньо впливає на стан здоров'я громадян і визначає рівень смертності та тривалості їх життя.

Після підписання Декларації Тисячоліття в Україні було розроблено Комплексну програму першочергового забезпечення сільських населених пунктів, що користуються привізною водою, централізованим водопостачанням у 2001– 2005 роках і прогноз до 2010 року. Наступним кроком у сфері

забезпечення населення якісною питною водою став прийнятий у січні 2002 року Закон України «Про питну воду та питне водопостачання». Ним, відповідно до основних засад виконання ЦРТ, запроваджено моніторинговий механізм – Національна доповідь про якість питної води та стан питного водопостачання в Україні, яку, починаючи з 2004 року, щорічно готує (за участю інших міністерств та відомств) і оприлюднює центральний орган виконавчої влади з питань ЖКГ. Подальшим кроком стало затвердження загальнодержавних програм «Питна вода України» на 2006 – 2010 роки та на 2011–2020 роки, які були спрямовані на: упорядкування зон санітарної охорони джерел питного водопостачання; будівництво та реконструкцію водозабірних споруд; упровадження станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого водопостачання; будівництво та реконструкцію водопровідних та каналізаційних очисних споруд; оснащення лабораторій здійснення контролю якості води та стічних вод сучасним контрольно-аналітичним обладнанням; приведення нормативно-правової бази у сфері питного водопостачання та водовідведення у відповідність зі стандартами Європейського Союзу.

Важливим етапом у досягненні завдань ЦРТ стала ратифікація у лютому 2004 року Кіотського протоколу. Це уможливило отримання іноземних інвестицій в екологічно чисті технології та залучення їх у галузі, технологічні об'єкти яких є одними з найбільших забруднювачів довкілля. З метою реалізації вказаного механізму, що базується на засадах сталого людського розвитку, Уряд у 2006 році затвердив положення, якими регулюються: процедура розгляду, схвалення та реалізації проектів спільного впровадження; проведення заходів центральних і місцевих органів виконавчої влади й місцевого самоврядування щодо формування щорічного національного кадастру викидів парникових газів та національного повідомлення з питань зміни клімату; проведення робіт щодо створення Національного реєстру дозволів на антропогенні викиди парникових газів та розроблення національної системи торгівлі викидами парникових газів, Національного та регіональних планів заходів запобігання зміни клімату; сприяння в установленні та розвитку відносин

з відповідними інституціями з питань зміни клімату.

Прийняття парламентом Закону України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року» зумовило курс на зниження антропогенного та техногенного навантаження на навколишнє природне середовище в Україні.

З метою максимально ефективного реалізації Стратегії державної екологічної політики, досягнення більш безпечного для здоров'я людини стану довкілля, зокрема шляхом збереження біорізноманіття, формування екомережі, у тому числі розширення площі природно-заповідного фонду та площі лісів й упровадження енергоефективних і ресурсозберігаючих технологій, Урядом було прийнято Національний план дій з охорони навколишнього природного середовища на 2011 – 2015 роки, в основу якого покладено визначені ЦРТ моніторингові принципи.

Значну роль у виконанні завдань ЦРТ щодо сталого розвитку довкілля відведено реалізації національних проектів. Проект «Енергія природи», що реалізується переважно в Криму та Запоріжжі, передбачає створення «чистого» джерела енергії – вітру та сонця. Проект спрямований на розв'язання проблем транспортування електроенергії та збереження довкілля, що сприяє привабливості розвитку на цих територіях туристичного бізнесу. Проект «Чисте місто» – це будівництво сучасних комплексів з переробки твердих побутових відходів, адже в Україні однією з найгостріших комунальних проблем залишається проблема переробки промислових відходів, якими переповнені звалища, що не відповідає вимогам екологічної безпеки та є прямою загрозою життю людей. Проект «Якісна вода» – це програма забезпечення населення якісною питною водою, адже сьогодні українці мають найгіршу питну воду в Європі. Проектом передбачено будівництво систем очистки питної води, якими планується обладнати, насамперед, дитячі садки, школи і лікувальні заходи. Завдяки ЦРТ в Україні здійснюються заходи для досягнення європейських стандартів у дотриманні одного з основних та базових прав людини – права на якісну питну воду.

ПРОГРЕС НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЕЙ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ, ВСТАНОВЛЕНИХ ДЛЯ УКРАЇНИ

РОЗДІЛ ТРЕТІЙ

Стан досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття в Україні в цілому можна оцінити позитивно.

На шляху **подолання бідності** в Україні спостерігалися позитивні тенденції. Знижено масштаби бідності за абсолютним критерієм у 5,2 раза (частка населення, чиє добове споживання не перевищує 5,05 дол. США за паритетом купівельної спроможності, зменшилася з 11,9% у 2000 році до 2,3% у 2012 році) та за відносним критерієм (частка населення за національною межею бідності скоротилася з 26,4% до 25,5% відповідно). Однак, майже кожна третя сім'я з дітьми є бідною (32,6%), а серед працюючих – кожний п'ятий (20,7%). Для досягнення цільових показників необхідні послідовні програмні дії.

Для **забезпечення якісної освіти впродовж життя** зроблені рішучі кроки у напрямі реформування освіти. Загальною середньою освітою охоплено майже 99,5% дітей, дошкільною – у містах 93%, у сільській місцевості – 57,6%. Вищою освітою охоплено 45,7% молоді, проте необхідно забезпечити відповідність освітньої підготовки вимогам ринку праці (з урахуванням прогнозованих тенденцій розвитку економіки). Реалізація заходів відповідно до Національної стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року має забезпечити досягнення цілі до 2015 року.

Забезпечення гендерної рівності є викликом для України. Досягнення гендерного паритету в органах влади та державного управління залишається актуальним завдан-

ням, незважаючи на здобутки та зміни на законодавчому й інституційному рівні. Після виборів 2012 року кількість жінок серед членів українського парламенту збільшилася до 9,4%, проте досягнення цільових показників до 2015 року (30/70) не видається можливим. Жінки становлять 12% у складі обласних рад, 23% – районних рад, 28% – міських рад, 51% – сільських, 46% – селищних. Розрив у середній заробітній платі між чоловіками та жінками (близько 30%) є ще одним проявом гендерної нерівності. Досягнення цілі вважається неможливим, а забезпечення позитивних зрушень потребує посилення політичної волі.

Зменшення дитячої смертності майже вдвічі протягом 1995 – 2012 років (з 14,7 до 8,4 на 1000 живонароджених) відбулося завдяки цілеспрямованим зусиллям, у тому числі у частині реформування та розвитку системи перинатальної допомоги. Водночас наявні приклади невідповідності статистичних даних із різних джерел свідчать про необхідність удосконалення системи спостережень. У цілому прогрес у цьому напрямі є досить відчутним, прогнозується навіть перевищення цільових показників.

Позитивні тенденції забезпечено й на шляху **поліпшення здоров'я матерів**: рівень материнської смертності в Україні знижено за 2000 – 2012 роки майже вдвічі (з 24,7 до 12,5 на 100 тис. живонароджених). На ранніх стадіях вагітності всі жінки проходять регулярні медичні огляди (рівень охоплення перевищує 90 %). Однак викликає тривогу той факт,

Вставка 3.1. Оцінка можливості досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття в Україні до 2015 року

Ціль 1. Подолання бідності: частковий прогрес / досягнення можливе до 2015 року.

Ціль 2. Забезпечення якісної освіти впродовж життя: частковий прогрес / досягнення можливе до 2015 року.

Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності: відсутній прогрес / досягнення неможливе до 2015 року.

Ціль 4. Зменшення дитячої смертності: відчутний прогрес / очікується досягнення до 2015 року (з перевищенням рівня цільових показників).

Ціль 5. Поліпшення здоров'я матерів: відчутний прогрес / очікується досягнення до 2015 року (з перевищенням рівня цільових показників).

Ціль 6. Обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів: частковий прогрес / досягнення можливе до 2015 року.

Ціль 7. Сталий розвиток довкілля: частковий прогрес / досягнення можливе до 2015 року.

що понад 40% дорослого населення України (у тому числі й жінки дітородного віку) віком від 18 до 65 років мають принаймні одне хронічне захворювання. Недостатнім є рівень усвідомлення особистої відповідальності за своє здоров'я серед молоді та пропаганди «здорового способу життя». У цілому прогрес відчутний, можливим є перевищення цільових показників.

На шляху **обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу** досягнуто певних успіхів. Уперше у 2012 році знижено кількість нових випадків ВІЛ-інфекції на 1,7% порівняно з попереднім роком, що свідчить про зменшення інтенсивності епідемічного процесу. На початок 2013 року в Україні мешкало близько 220 тис. ВІЛ-інфікованих осіб (показник поширеності ВІЛ серед дорослого населення складає 0,57%). Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції зменшилася до 45,7 на 100 тис. населення. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини не перевищує 5%, тобто вдалося забезпечити його зменшення майже у 7 разів (з 27,8% у 2001 році до 4,05% у 2012 році). Успіхів досягнуто, насамперед, завдяки реалізації профілактичних заходів серед груп підвищеного ризику інфікування, поліпшенню організації відповіді на епідемію та впровадженню відповідних загальнодер-

жавних програм. Суттєве поліпшення епідемічної ситуації щодо туберкульозу в Україні також відбулося значною мірою завдяки реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз. У 2012 році рівень захворюваності на туберкульоз було знижено на 19% порівняно з 2005 роком (68,2 випадку на 100 тис. населення). У цілому на шляху виконання завдань зазначеної цілі спостерігається прогрес, досягнення цільових показників є можливим.

На шляху **забезпечення сталого розвитку довкілля** спостерігався певний прогрес. Проте у зв'язку з антропогенним навантаженням близько 70% поверхневих вод і значна частка запасів ґрунтових вод в Україні втратили своє значення як джерело питного водопостачання. У 2012 році 4,3 млн тонн забруднюючих речовин було викинуто в повітряний басейн. Більше двох третин викидів забруднюючих речовин в атмосферу від стаціонарних джерел припадає на Донецьку, Луганську та Дніпропетровську області. Для досягнення цілі необхідно вдосконалити управління природними ресурсами, впроваджувати послідовну екологічну політику та забезпечити поступову екологічну модернізацію виробництва. У цілому досягнення низки цільових показників є можливим за умови вжиття відповідних заходів.



ЦІЛЬ 1
ПОДОЛАННЯ БІДНОСТІ

На шляху подолання бідності Україна досягла певних позитивних зрушень. Для прискорення прогресу у напрямі досягнення цілі необхідним є спрямування зусиль на зменшення масштабів немонетарної бідності та соціального відторгнення.

ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 1.A: Ліквідувати до 2015 року бідність за критерієм 5,05 дол. США на добу за ПКС	1.1. Частка населення, чиє добове споживання ⁴ є нижчим за 5,05 дол. США за ПКС, %
Завдання 1.B: Скоротити питому вагу бідного населення (за національним критерієм бідності) до 25% за рахунок зменшення чисельності бідних серед дітей та працюючих	1.2. Частка бідного населення за національним критерієм, % 1.3. Частка бідних серед дітей, % 1.4. Частка бідних серед працюючих осіб, %
Завдання 1.C: Зменшити в десять разів до 2015 року питому вагу населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму	1.5. Частка населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму, %

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 1.1. Частка населення, чиє добове споживання є нижчим за 5,05 (4,3) дол. США за ПКС, %													
11,9	11,0	3,0	4,0	2,0	1,3								
					9,0	9,3	6,6	3,8	3,5	2,5	1,9	2,3	<0,5
Індикатор 1.2. Частка бідного населення за національним критерієм, %													
26,4	27,2	27,2	26,6	27,3	27,1	28,1	27,3	27,0	26,4	24,1	24,3	25,5	25,0
Індикатор 1.3. Частка бідних серед дітей, %													
33,4	34,9	34,0	34,9	35,0	36,7	36,6	36,3	35,1	33,2	32,7	32,0	33,1	29,0
Індикатор 1.4. Частка бідних серед працюючих осіб, %													
21,6	22,6	22,0	21,1	21,6	22,3	27,2	21,7	21,1	20,6	19,6	19,6	20,7	15,0
Індикатор 1.5. Частка населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму, %													
71,2	69,2	65,0	59,9	51,0	38,7	31,0	30,5	19,9	24,8	23,5	25,8	24,0	7,0

До 2005 року використовувалося значення 4,3 дол. США на добу за ПКС, тому значення індикатора 1.1. представлено двома динамічними рядами.

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України до 2012 року включно та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

⁴ Споживання – це середньодушові сукупні витрати домогосподарства у розрахунку на умовного дорослого (за шкалою 1,0; 0,7; 0,7).

За період 2010 – 2012 роки вдалося досягти певних успіхів на шляху досягнення цілі, про що свідчить зменшення частки населення, чиє добове споживання є нижчим за 5,05 дол. США за ПКС (у 2012 році вона становила лише 2,3%). Частка бідного населення за національним критерієм упродовж 2010 – 2011 років помітно зменшилась, але за 2012 рік вона зросла до 25,5%. На жаль, не вдалося змінити структуру бідного за національним критерієм населення: частку бідних серед дітей та серед працюючих у 2010 – 2011 роках було знижено, проте протягом 2012 року цей показник повернувся до рівня 2009 року. Частка населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму, різко зросла у 2009 році й досі не повернулася на докризовий рівень (у 2012 році вона становила 24,0%). Таким чином, спостерігається суттєве відставання, яке буде важко наздогнати до 2015 року.

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Бідність як багатоаспектне явище прямо чи опосередковано стосується всіх сторін життєдіяльності суспільства, будучи одночасно і чинником, і наслідком. Сучасні трактування розширюють розуміння бідності, все більшою мірою охоплюючи різні аспекти позбавлень. Окремі аспекти подолання бідності пов'язані з усіма іншими ЦРТ: з одного боку, проблеми поганого здоров'я, нерівного доступу до освіти, безпечного природного чи соціального середовища можуть бути наслідком монетарної бідності, а з іншого – вони виступають складовими бідності у її

широкому розумінні, із включенням немонетарних компонентів.

Незважаючи на відчутні негативні наслідки економічної кризи, що позначились як на дохідній частині державного бюджету, так і на темпах зростання реальних доходів переважної частки населення, у 2010 – 2012 роках вдалося втримати масштаби монетарної бідності на контрольованому рівні. При цьому 2010 рік став переламним у ситуації з відносною бідністю – уперше відбулося помітне покращення всіх показників, зумовлене пев-

Вставка 3.1.1. Визначення окремих термінів щодо бідності в Україні (відповідно до Стратегії подолання бідності)

Бідність – неможливість унаслідок нестачі коштів підтримувати спосіб життя, притаманний конкретному суспільству в конкретний період часу.

Офіційно встановлений прожитковий мінімум – прожитковий мінімум на одну особу, а також окремо для тих, хто належить до основних соціальних і демографічних груп населення, розмір якого щороку затверджується Верховною Радою України у Законі про Державний бюджет України на відповідний рік.

Фактичний прожитковий мінімум – розмір прожиткового мінімуму, який щомісячно розраховується Міністерства соціальної політики України на основі статистичних даних про рівень споживчих цін.

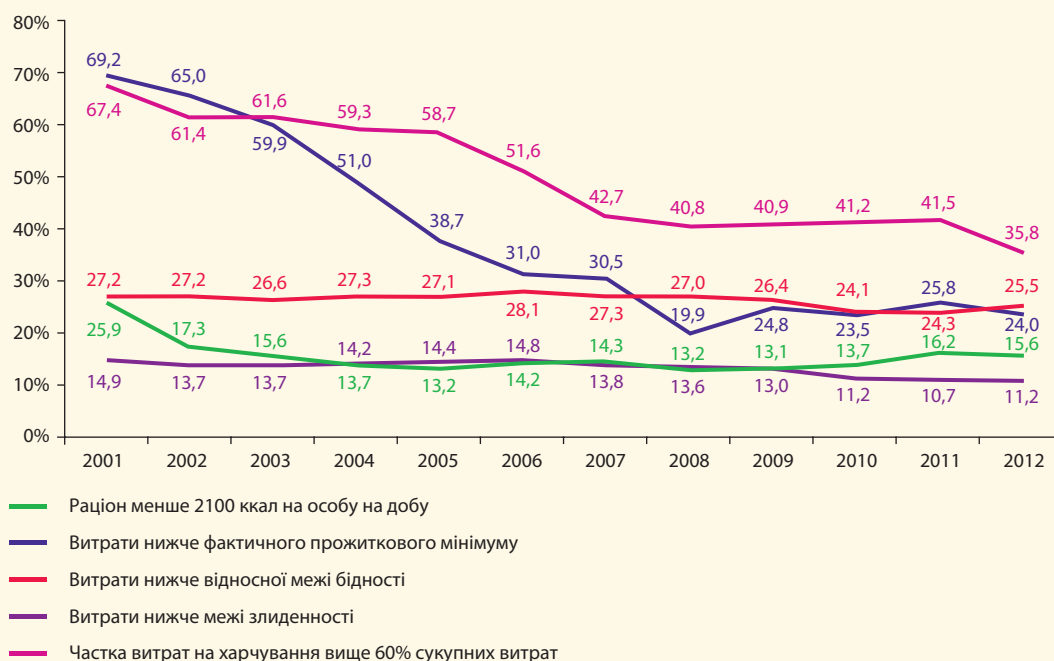
Відносна (національна) межа бідності – визначена на підставі відносного критерію зарахування різних верств населення до категорії бідних, який розраховується за фіксованою часткою середньодушового доходу (витрат). В Україні використовується відносний критерій – 75% медіанного рівня сукупних витрат у розрахунку на умовного дорослого.

Абсолютна межа бідності за рівнем споживання – межа нижче за 5,05 дол. США за ПКС на особу на добу – визначена за критерієм вартості добового споживання на рівні 5,05 дол. США за ПКС з метою міжнародних зіставлень. Абсолютна межа бідності за показником споживання, відповідно до рекомендацій ВООЗ – раціон харчування менше за 2100 ккал на особу на добу. Межа бідності, визначена за структурним критерієм – частка витрат на харчування в бюджеті домогосподарства вища за 60%.

Межа крайньої форми бідності визначається за відносним критерієм – 60 % медіанного рівня сукупних доходів (витрат) у розрахунку на умовного дорослого.

Рівень бідності – питома вага сімей (домогосподарств), у яких рівень споживання (доходів) на одну особу є нижчим від визначеної межі бідності

Рис. 3.1.1. Динаміка рівня бідності за основними критеріями у 2001 – 2012 роках



Джерело: розрахунки ІДСД за мікроданими обмеження умов життя домогосподарств України, що проводить Державна служба статистики України на постійній основі

ним зменшенням загального розшарування у суспільстві. Завдяки утриманню виплат найменш забезпеченим категоріям населення на докризовому рівні вдалося скоротити диференціацію у низькодохідній групі, проте це відбулося за рахунок не багатих, а середньодохідних прошарків суспільства.

Тенденції бідності. З 2001 до 2008 року ситуація з бідністю розвивалася за усталеними тенденціями: стрімке зменшення масштабів абсолютної бідності за прожитковим мінімумом та добовим споживанням нижче за 5,05 дол. США на особу; поступове зниження рівня бідності за структурним критерієм, практично стабільна ситуація впродовж усіх років з відотною бідністю (за національною межею бідності та за межею злиденності); фіксація з 2004 року рівня недоспоживання за показником калорійності добового раціону (рис. 3.1.1).

Починаючи з 2009 року, почали порушуватися практично всі означені тенденції:

- ✓ насамперед, у 2009 році зросла частка населення, чий рівень споживання є нижчим за фактичний прожитковий мінімум, а частка населення з витратами на харчування понад 60% перестала зменшуватися;
- ✓ у 2010 році частки населення з витратами на харчування понад 60% та з низькока-

лорійним раціоном (менше за 2100 ккал на добу) почали зростати. Проте уперше за весь період помітно зменшився рівень відотної бідності та рівень злиденності;

- ✓ дані 2011 року свідчать про загальне покращання ситуації з монетарною бідністю, а саме: зменшення рівня бідності за офіційно встановленим прожитковим мінімумом, збереження низьких значень показників відотної бідності та подальше зниження рівня злиденності;
- ✓ у 2012 році спостерігалось зростання рівня відотної бідності, проте показник не повернувся до значення 2009 року; при цьому відбулися позитивні зміни у масштабах бідності за структурним критерієм та критерієм низькокалорійного споживання, зокрема питома вага населення з витратами на харчування понад 60% досягла рекордно низького за весь період дослідження значення – 35,8%.

На фоні перелому означених тенденцій після 2008 року постійно зростає рівень суб'єктивної бідності: частка населення, яке називає себе бідним, збільшилася за 2008 – 2012 роки з 53,1 до 65,4%. При цьому самооцінка населенням купівельної спроможності власних доходів в останньому періоді дещо покращилась, і у 2012 році рівень

бідності за самооцінкою доходів⁵ становив 37,5% проти 40,3% у 2009 році⁶. Отже, психологічний вплив кризи на населення був більш відчутним, ніж безпосередні фінансові втрати від зниження доходів.

Незважаючи на зміни у загальноукраїнських процесах, основні профілі бідності у розрізі соціально-демографічних та соціально-економічних груп залишаються стабільними. Незмінні профілі формують традиційні групи підвищених ризиків бідності, належність до яких насамперед зумовлена віковим чинником. Незалежно від обраного критерію, рівні бідності серед осіб працездатного віку та серед осіб пенсійного віку є нижчими за середнє по країні значення, а до вразливих груп потрапляють діти й так звані «старі» пенсіонери, тобто особи без залишкової працездатності.

Статеві-вікова структура за показником рівня бідності має найбільші виступи (найвищі значення) у нижній та верхній частинах, тобто у групі дітей віком 0 – 15 років та осіб старше 75 років. Крім того, помітний виступ з перевищенням середніх по країні значень спостерігається у групі 35 – 45 років, яка припадає на пік трудової активності та кар'єрного зростання. Таку ситуацію можна пояснити зростанням витрат та освіти та розвиток дітей, батьки яких найчастіше перебувають саме в цій віковій групі. Загалом найнижчі рівні бідності характерні для осіб віком 45 – 65 років, коли доходи від зайнятості сягають максимального значення, до них згодом додаються пенсійні виплати, а діти виходять у самостійне життя. Відносно благополучний період припадає на 20 – 35 років, зі значеннями показників бідності на рівні або нижче за середньоукраїнські, коли з'являються доходи від трудової діяльності, проте ще не настає пік дітородної активності та пов'язані з нею витрати на дітей. Проте винятком у цій групі є жінки віком 25 – 30 років, які мають високі ризики бідності здебільшого унаслідок перебування у відпустці по догляду за дитиною, коли розмір щомісячної виплати на мати та дитину не перевищує рівня мінімальної заробітної плати. Після 75-ти років показники бідності різко зростають, особливо серед жінок, що пов'язано з двома чинниками – нижчим розміром пенсій осіб старших вікових груп порівняно з так званими «молодими» пенсіонерами, а також із втратою залишкової пра-

цездатності та можливості заробити додаткові до пенсії кошти. Також витрати, що пов'язані зі здоров'ям «старих» пенсіонерів, як правило вищі, ніж у «молодших» пенсіонерів.

Гендерні аспекти бідності. У цілому гендерний чинник несуттєво впливає на показники бідності, тобто значних відмінностей у рівнях бідності за гендерною ознакою не спостерігається. Для більшості вікових груп значення показників бідності серед чоловіків дещо вищі, а у найстарших групах традиційним є їх перевищення серед жінок (як результат нижчого розміру пенсій).

Бідність серед дітей. Надвисокі значення показників бідності серед дітей спостерігаються впродовж всього періоду досліджень бідності в Україні, виводячи фактор вікової та поколінної нерівності на перше місце в системі чинників. Основна проблема полягає в низьких стандартах оплати праці, особливо серед молоді на першому етапі трудової діяльності, на який найчастіше припадає і період народження та виховання дітей. Серед домогосподарств з дітьми рівень відносної бідності за 2010 – 2012 роки майже вдвічі перевищував значення для домогосподарств без дітей (32,6% проти 17,1% у 2012 році), а найбільш вразливими традиційно є багатодітні сім'ї (з трьома та більше дітьми), домогосподарства з двома дітьми, з дітьми до 3-х років та з подвійним демооекономічним навантаженням. Матері, які через різні обставини самостійно виховують дітей, рідко складають окреме домогосподарство через фінансові проблеми та неспроможність самотужки вирішувати побутові питання (матерів, які мешкають окремо, менше 3% від загальної кількості домогосподарств по країні). Решта неповних сімей належать до складних багатопокілінних домогосподарств, які частіше мають подвійне демооекономічне навантаження та високі ризики бідності. Отже, зона високих ризиків бідності зосереджена в домогосподарствах з дітьми, які і формують основну сукупність бідних сімей.

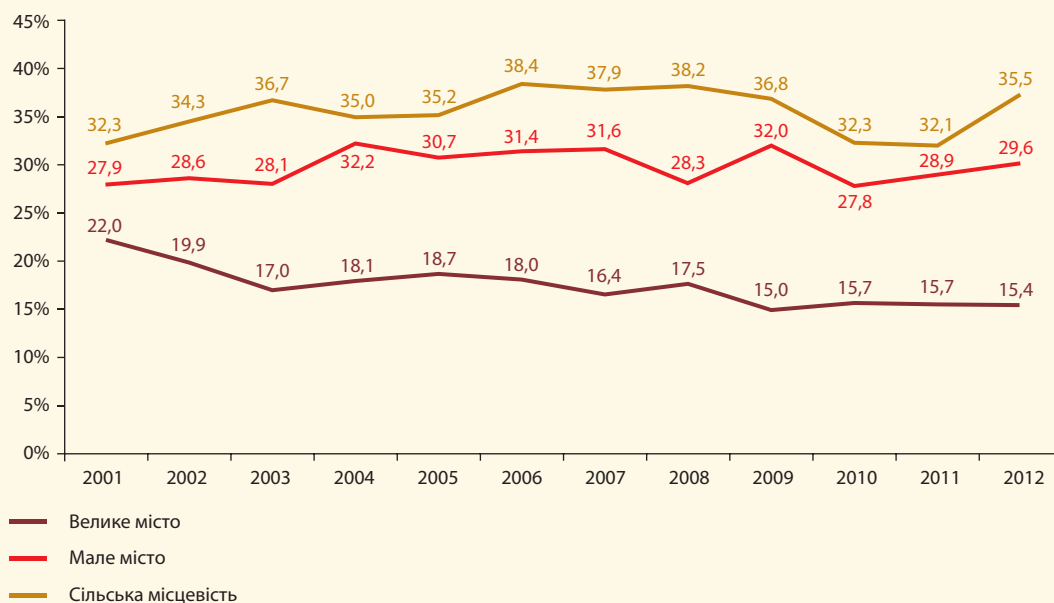
Проблема низьких стандартів оплати праці посилюється затримками з виплати заробітної плати. Станом на початок 2013 року заборгованість становила 893,7 млн грн. І хоча загальна сума боргу перед найманими працівниками дещо знизилася порівняно з відповідним періодом попереднього року, проблема заборгованості залишається вагомим.

Тенденції нерівності. Існує нерівність між містом та селом за показниками бідності. Впродовж 2010 – 2011 років відбувалося збли-

⁵ Рівень бідності за самооцінкою доходів визначається як частка населення, які постійно відмовляло собі у найнеобхіднішому, за винятком харчування, або їм не вдалося забезпечити навіть достатнього харчування.

⁶ Розрахунки ІДСД за мікроданими обстеження умов життя домогосподарств України, яке проводить Державна служба статистики України на постійній основі.

Рис. 3.1.2. Рівень відносної бідності за типом населеного пункту у 2001 – 2012 роках, %



Джерело: Розрахунки ІДСД за мікроданими обстеження умов життя домогосподарств України, яке проводить Державна служба статистики України на постійній основі

ження рівнів бідності за типом поселення, що на перший погляд могло сприйматися як позитивне явище, проте ці зміни значною мірою були зумовлені зростанням частки бідних у малих містах. У 2012 році зростання показників бідності найбільшою мірою стосувалося сільської місцевості, що знову посилювало поселенську складову нерівності. Проте за характеристиками бідності населення малих міст все більше віддаляється від мешканців великих населених пунктів, і скоріше наближене до населення у сільській місцевості (рис. 3.1.2). Отже, створюється відчутний розрив між великими та малими містами, а центр формування нерівності зміщується з типу поселення до розміру населеного пункту.

Така ситуація виникла внаслідок дії економічного чинника. Перша хвиля кризи, її наслідки та подальші тенденції негативно вплинули на рівень життя населення малих міст. На першому етапі зменшення доходів відчуло населення монофункціональних міст, утворених навколо підприємств галузей, уражених кризовими явищами, а на другому етапі втрата заробітків торкнулася населення малих міст з традиційною структурою виробництва споживчих товарів, насамперед через зниження купівельної спроможності доходів переважної більшості населення країни.

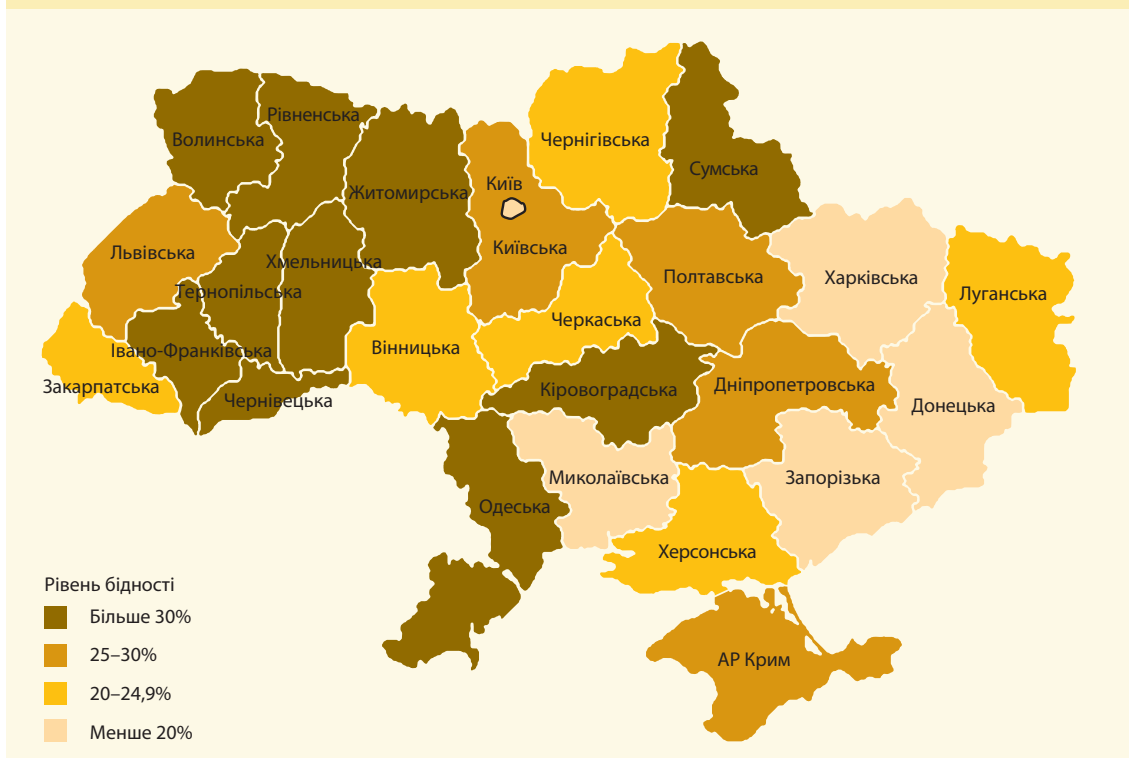
Останніми роками регіональна диференціація рівня бідності набуває чітко окреслених географічних рис. Незалежно від обраного

критерію, у 2012 році виділяються два основні осередки вразливості: північно-західний район з надвисокими значеннями у Волинській, Житомирській, Рівненській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій, Івано-Франківській областях та значенням вищим за середньоукраїнський у Львівській області, а також південно-центральному району з епіцентром бідності у Кіровоградській та Одеській областях та високими значеннями показників у Полтавській та Дніпропетровській областях (рис. 3.1.3). Водночас відносно благополучними є східний та частина південного району.

Якщо Кіровоградська, Рівненська, Волинська, Житомирська та Тернопільська області традиційно потрапляють до групи регіонів з найвищими ризиками бідності, то Дніпропетровська, Львівська, Івано-Франківська та Хмельницька області доволі несподівано опинились у зоні найбільшої вразливості у 2011 – 2012 роках. Традиційно осередок із надвисокими ризиками складали регіони з переважно сільськогосподарською спеціалізацією та низьким рівнем урбанізації⁷, проте в останні роки відбуваються зміни в географії бідності: так, Херсонська область перейшла із зони традиційно високих ризиків до групи благополучних регіонів, а Дніпропетровська, навпаки, з 2011 року потрапила до групи з критичною ситуацією. Означені зміни, ско-

⁷ Рівень урбанізації – частка міського населення в загальній чисельності населення регіону.

Рис. 3.1.3. Рівень відносної бідності у розрізі регіонів України у 2012 році, %



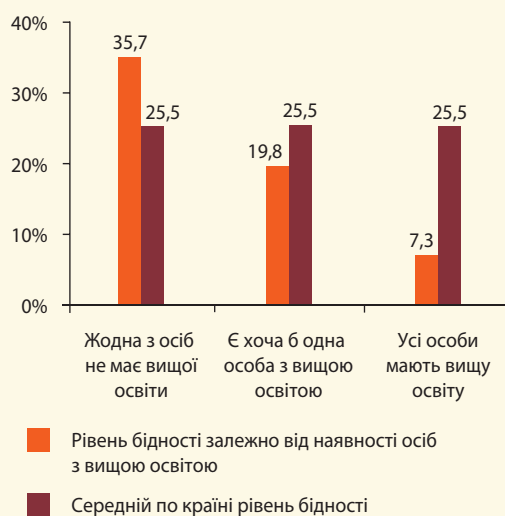
Джерело: Розрахунки ІДСД за мікроданими обстеження умов життя домогосподарств України, яке проводить Державна служба статистики України на постійній основі

ріш за все, є наслідком зміщення зон вразливості з сільських поселень до малих міст.

Одним із факторів низьких рівнів бідності у промислово розвинених регіонах є більша за середню частка населення з вищою освітою. Освітній чинник формує значні розриви у рівнях бідності домогосподарств України: поява хоча б однієї особи з вищою освітою майже вдвічі знижує ризик відносної бідності всього домогосподарства (19,8 проти 35,7%), а для домогосподарств, що мають у своєму складі виключно осіб з вищою освітою, характерними є найнижчі по країні рівні бідності – 7,3% (рис. 3.1.4). Така закономірність зберігається незалежно від сфери, в якій було отримано освіту, від статусу на ринку праці та відповідності професії набутій освіті.

Бідність за умовами життя. На сьогодні традиційне розуміння бідності та шляхів її подолання повністю вичерпано. На відміну від традиційних підходів до оцінки бідності, які базуються на монетарних критеріях, бідність за умовами життя (депривація) характеризує позбавлення населення в тих чи інших життєвих благах. Проблема бідності за умовами життя охоплює широкий спектр ознак – від харчування, забезпеченості непродовольчими товарами

Рис. 3.1.4. Рівень відносної бідності залежно від наявності в домогосподарстві осіб з вищою освітою у 2012 році, %



Джерело: Розрахунки ІДСД за мікроданими обстеження умов життя домогосподарств України, яке проводить Державна служба статистики України на постійній основі

Вставка 3.1.2. Ознаки позбавлення домогосподарства, які пройшли частотний та консенсусний контроль⁸

Відповідно до наявної інформаційної бази було сформовано перелік кількісних показників, що дозволяє виявити та оцінити окремі прояви бідності за умовами життя:

1. Домогосподарство, де всі дорослі працездатного віку мають низький статус на ринку праці (безробітні, самозайняті або безоплатно працюючі члени домогосподарства);
2. Довготривалі безробітні (понад 12 місяців), за методологією МОП;
3. Бідні за відносним національним критерієм;
4. Домогосподарства, які не могли протягом року забезпечувати достатнє харчування (за самооцінкою);
5. Домогосподарства, які відчують нестачу коштів для відвідування з подарунками друзів або прийняття друзів у себе (за самооцінкою);
6. Домогосподарства, які відчують нестачу коштів для родинного відпочинку не вдома, а також не з родичами в їх житлі (за самооцінкою);
7. Домогосподарства, які відчують нестачу коштів для придбання квитків у кіно-театр (театр, концерт) 1–2 рази на рік (за самооцінкою);
8. Домогосподарства, в структурі доходів яких соціальна допомога та допомога родичів становить понад 33 відсотка;
9. Домогосподарства, які не мають доступу до освіти (через відсутність достатніх коштів для здобуття будь-якої професійної освіти або відсутність поблизу житла дошкільних закладів);
10. Домогосподарства, в яких жодна з дорослих осіб (віком 25 років і старше) не має професійної освіти;
11. Домогосподарства, які не мають доступу до медичної допомоги (відсутність поблизу житла медичної установи або аптеки, незабезпеченість населеного пункту своєчасними послугами швидкої медичної допомоги, неможливість упродовж року за необхідністю отримати медичну допомогу, придбати ліки);
12. Домогосподарства, які відчують нестачу коштів для оплати необхідних послуг невідкладної платної медичної допомоги (за самооцінкою);
13. Домогосподарства, які мають погані житлові умови (проживання в гуртожитках або комунальних квартирах, менше 7,5 кв. м. житлової площі на особу, відсутність туалету в будинку та відсутність коштів для його установки);
14. Домогосподарства, які не мають телефону (домашнього або мобільного);
15. Домогосподарства, які потерпають від незабезпеченості населеного пункту регулярним щоденним транспортним сполученням з іншим населеним пунктом з більш розвинутою інфраструктурою;
16. Домогосподарства, які потерпають від неможливості отримання допомоги соціальних працівників або соціальної допомоги;
17. Домогосподарства, які протягом року не отримували платних послуг культури;
18. Домогосподарства, які покладають відповідальність за свій добробут повністю або переважно на державу.

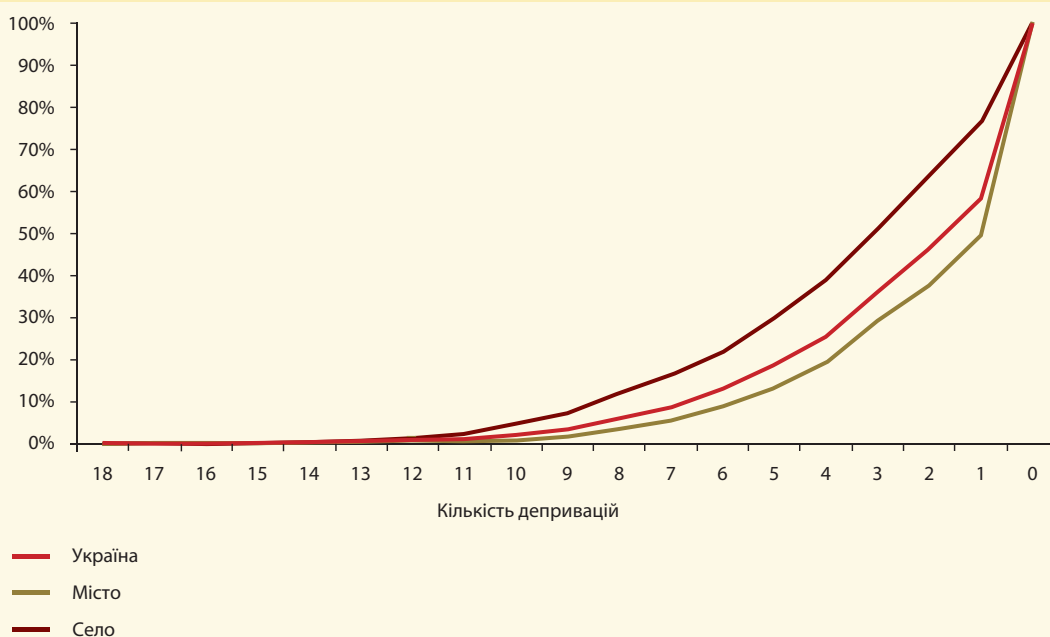
та послугами до можливості включатися в суспільне життя та доступності закладів соціальної інфраструктури. Межу деприваційної бідності в Україні визначено на рівні 4-х та більше ознак позбавлення серед 18-ти основних.

Загалом у 2011 році 25,6% населення було бідним за умовами життя. Наразі найбільшою мірою позбавлення стосуються доступності послуг охорони здоров'я та об'єктів соціальної інфраструктури, від чого потер-

пає близько 20% населення країни. Зазначені проблеми в частині позбавлень, які стосуються об'єктів соціальної інфраструктури, є характерними для сільської місцевості: якщо в містах вони актуальні для 3–7% населення, то в селах ця частка вища в 4–12 разів. Так, від відсутності закладів, що надають побутові послуги, потерпає 49,1% сільських мешканців, своєчасних послуг швидкої медичної допомоги – 43,3%, відсутності поблизу житла медичної установи – 25,8%, регулярного транспортного сполучення з населеним пунктом із більш розвинутою інфраструктурою – 23%, дошкільних закладів – 8,2% (або 14,7% сільського населення, що має дітей).

⁸ Консенсусний контроль – відбір тих ознак, які більшість населення вважає необхідними для нормального життя; частотний контроль – відбір благ, якими володіє більшість населення країни (суспільний стандарт).

Рис. 3.1.5. Кумулятивна частка населення з різною кількістю ознак позбавлення в умовах життя у 2011 році, %



Джерело: Розрахунки ІДСД за мікроданими обстеження умов життя домогосподарств України, яке проводить Державна служба статистики України один раз на два роки

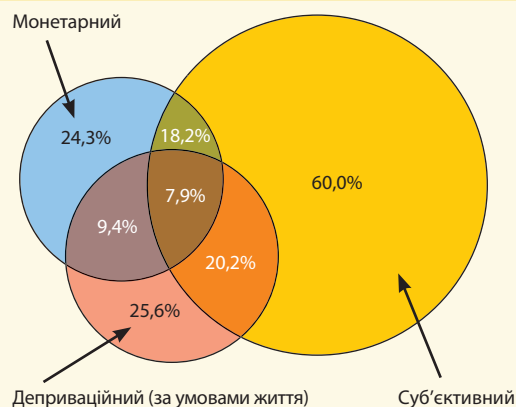
Означені позбавлення спричинені існуванням в Україні значного розриву між містом та селом за ступенем розвиненості соціальної інфраструктури. Ця проблема існувала ще за радянських часів, проте в умовах незалежності вона не лише не вирішувалася, а дедалі поглиблювалася. У результаті рік від року посилюється процес деградації інфраструктури сільських населених пунктів, особливо в регіонах з високими показниками старіння населення.

Очевидно, що більший ступінь позбавлення та їх вища кумулятивна частка характерні для сільської місцевості: якщо серед міських мешканців близько половини не зазнають жодного позбавлення в умовах життя, то в сільській місцевості таких лише одна третина, водночас рівень деприваційної бідності на селі удвічі вищий порівняно з містами – 39,1% проти 19,2% (рис. 3.1.5).

Тенденції немонетарної бідності за 2009 – 2011 роки не можна оцінити однозначно: за незначного зменшення частки населення з 4-ма та більше позбавленнями в умовах життя щорічно зростає частка населення, яке вважає себе бідним. Загалом у 2011 році майже 8% населення могли бути віднесені до бідних одночасно за трьома підходами – монетарним (відносна бідність), суб'єктивним (за самовизначенням) та деприваційним (рис. 3.1.6).

Різні форми бідності вказують на різні фактороутворюючі особливості: якщо для монетарної бідності визначальним чинником є наявність та кількість дітей у домогосподарстві, для суб'єктивної – вік членів домогосподарства та наявність у складі осіб пенсійного віку, то для деприваційної бідності визначальним фактором виступає місце проживання. Деприваційна бідність, тобто бідність за умовами життя, охоплює екологічні аспекти позбавлень.

Рис. 3.1.6. Рівень бідності за різними підходами до вимірювання у 2011 році, %



Джерело: Розрахунки ІДСД за мікроданими 2011 року обстеження умов життя домогосподарств України, яке проводить Державна служба статистики України один раз на два роки

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Низькі темпи економічного зростання перешкоджають повній реалізації економічної активності населення та підвищенню доходів від зайнятості. В Україні за роки незалежності спостерігалася значна залежність тенденцій бідності від показників економічного розвитку. Зміна стану економіки з лагом в 1 – 2 роки віддзеркалювалася у показниках рівня життя та бідності населення (за незмінних принципів державної соціальної політики). Поліпшення економічної ситуації щоразу викликало зниження рівня абсолютної бідності, визначеного за критерієм прожиткового мінімуму чи за критерієм для міжнародних зіставлень, проте динаміка відносної бідності мала зворотну тенденцію. Так, за умови однакових темпів зростання доходів у всіх майнових групах рівень відносної бідності залишається незмінним або навіть підвищується. Водночас у період економічної кризи 2008–2009 років, коли реальні доходи середніх верств населення зменшились, а доходи малозабезпечених утримувалися на докризовому рівні, відбулося зниження рівня відносної бідності. Отже, розв'язання проблем суто економічного характеру сприятиме зниженню рівня абсолютної бідності завдяки автоматичному перенесенню ефекту на всі прошарки суспільства, включаючи найбідніші верстви. При цьому вплив на масштаби відносної бідності може бути в кращому випадку нейтральним, якщо не відбудуться зміни у базових принципах політики розподілу. За сприятливого сценарію розвитку економічних процесів вдасться в короткі строки розв'язати низку проблем, пов'язаних з монетарною бідністю, особливо з її крайніми проявами. В іншому випадку на ситуацію з бідністю можна буде впливати лише за рахунок розподільчих механізмів.

Незмінні принципи та механізми розподілу доходів стримують позитивну динаміку відносної бідності. Зменшення рівня відносної бідності у 2010 році відбулося завдяки активній державній підтримці найбільш уразливих верств населення за рахунок перерозподілу доходів від середніх прошарків населення. Резерв зменшення масштабів бідності в межах діючих розподільчих процесів було повністю вичерпано, тому у подальшому навіть для утримання показників на рівні 2010 року необхідно вносити принципові зміни до системи оподаткування та розподілу бюджетних коштів. За умови збереження діючих принципів та механізмів розподілу може бути закон-

сервована модель поляризованого суспільства – з незначним прошарком багатих та великими масштабами низькодохідності. При цьому показник відносної бідності повернеться до значень минулих років, а диференціація в доходах, як і раніше, зростатиме за рахунок відриву найбагатших 10% населення від решти суспільства. Перехід до нових принципів розподілу сьогодні стримується у тому числі й існуванням незареєстрованих доходів, адже будь-які намагання змінити ситуацію (наприклад, перенести податковий тягар з бідних на багатих) у нинішніх умовах призводитимуть до посилення навантаження на середньодохідні верстви та до подальшого розмивання групи з ознаками середнього класу.

Низькі стандарти оплати праці, особливо серед молоді, формують проблему надвисокої бідності дітей. В Україні впродовж тривалого часу склалися певні традиції зайнятості, які спричинили значні вікові розриви за показником доходів. Набуття високого статусу на ринку праці, який гарантує вищі за середні по країні доходи, припадає на періоди зменшення дітородної активності. Отже, молоді люди, які народжують та виховують дітей, найчастіше не встигають набути статусу із гарантовано високим доходом, що спричиняє суттєве зростання ризиків потрапляння до категорії бідних з народженням кожної наступної дитини. Система державної підтримки сімей є орієнтованою на допомогу впродовж 2 – 4 років після народження дитини (винятком є лише багатодітні родини), коли один з батьків вимушено не працює. Отже, допомога при народженні та по догляду може тимчасово компенсувати заробіток одного з батьків, але не може гарантовано знизити ризики бідності сімей з малолітніми дітьми. Крім того, проблема нестачі коштів посилюється інфраструктурним чинником, насамперед проблемами з улаштуванням дитини до дошкільного закладу, територіальною віддаленістю медичних та освітніх закладів, що надають більш якісні послуги тощо.

Значні масштаби монетарної бідності в малих населених пунктах у поєднанні з проблемою звуження доступу до послуг соціальної сфери створюють особливий осередок уразливості. Вищі рівні монетарної бідності в сільській місцевості зумовлені звуженими можливостями щодо ефективної зайнятості, переважанням праці в особистому підсобному господарстві (що нерідко супроводжується проблемами

реалізації виробленої продукції). Проте більший розрив між містом та селом спостерігається за показниками немонетарної бідності внаслідок обмеженого доступу сільських мешканців до послуг соціальної сфери. Нині можна говорити про проблему соціального відторгнення сільського населення, оскільки більшість сільських мешканців потерпає від цілого ряду позбавлень у базових аспектах життя. Цю проблему нерівного доступу залежно від місцевості проживання можна розглядати як ознаку соціальної несправедливості. Основна складність ситуації полягає в необхідності комплексного розв'язання проблеми, що потребує значних багаторічних інвестицій та кардинального реформування окремих сфер, насамперед охорони здоров'я та освіти.

Низька дієвість державної підтримки бідних та неефективне витрачання бюджетних коштів на соціальну підтримку упо-

вільнюють процес подолання монетарної бідності та порушують принцип соціальної справедливості. Наразі система державної соціальної підтримки практично не впливає на масштаби бідності внаслідок низки причин, основними серед яких є: неврахування нужденності сім'ї при наданні соціальних пільг та окремих соціальних виплат, що є наслідком застосування переважно категоріального підходу (право на допомогу випливає з факту належності до певної категорії), а також наявність фактів невідповідності офіційних та реальних доходів претендентів на адресні види допомоги. Унаслідок цього кошти соціальних програм розпорошуються на значну кількість реципієнтів⁹, а до бідних доходять лише їх частина¹⁰. Такий розподіл бюджетних коштів на соціальну підтримку не сприяє зменшенню нерівності та бідності в суспільстві, що не відповідає принципам соціальної справедливості.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Бідність як комплексна проблема стосується практично всіх сфер життєдіяльності суспільства, отже для її пом'якшення та часткового вирішення необхідне створення особливих умов розвитку економічного та соціального середовища. За сприятливої економічної ситуації відбувається зменшення масштабів абсолютної бідності та з'являються додаткові фінансові можливості державного впливу на немонетарні складові формування бідності. Натомість у ситуації економічної кризи чи стагнації, коли відбувається вичерпання всіх фінансових резервів, основний акцент політики переходить у площину розподільчих процесів та залучення всіх суб'єктів громадянського суспільства до розв'язання проблеми бідності.

Зміна принципів та механізмів розподілу доходів. Основна ідея полягає у переорієнтуванні системи оподаткування в напрямі перерозподілу доходів від найбільш забезпечених до бідних верств населення, що пом'якшуватиме навантаження на середньодохідні групи. Задля реалізації цього завдання необхідне сприяння поетапній детінізації доходів, зокрема шляхом кращого адміністрування доходів із нелегальних джерел. Основною метою розбудови системи розподілу доходів має стати не розвиток економіки, а сталий людський розвиток. Наприклад, стимулююче оподаткування чи субсидування має застосовуватися лише до тих

галузей чи підприємств, які здатні вирішувати конкретні проблеми: значне збільшення кількості робочих місць у депресивному регіоні; вироблення суспільно необхідної на певному етапі та на певній території продукції, зниження ціни на соціально значущі продукти чи послуги тощо.

Зменшення масштабів дитячої бідності. Для виконання цього завдання основний акцент має бути переведено у площину оплати праці. Необхідним є поетапне підвищення стандартів оплати праці шляхом випереджального (порівняно з іншими державними гарантіями) зростання мінімальної заробітної плати (із обґрунтуванням більш високої вартості робочої сили). З метою розширення можливостей батьків для фінансового забезпечення сім'ї слід особливу увагу приділити масштабному впровадженню гнучкого графіку роботи, особливо для матерів з малолітніми дітьми. Необхідно надавати можливість матері для своєчасного чи дострокового виходу на роботу після декретної відпустки шляхом підвищення доступності місць у дошкільних закладах. Також подоланню немонетарних аспектів дитячої бідності сприятиме поширення надання безоплатних послуг для розвитку дитини на всіх етапах її

⁹ 57% домогосподарств є реципієнтами хоча б однієї програми соціальної підтримки.

¹⁰ За оцінками фахівців ІДСД, до 30% найбідніших традиційно потрапляє менше 50% коштів програм соціальної підтримки.

становлення (за рахунок багатоканального фінансування). Також необхідно забезпечити розв'язання проблем бідності вразливих категорій дітей (своєчасне виявлення, облік та проведення соціального інспектування та супроводження, надання комплексної допомоги сім'ям з дітьми з метою попередження виникнення кризових ситуацій, проведення постійного моніторингу становища дітей, які тривалий час перебувають у складних життєвих обставинах тощо). Необхідно забезпечити можливість об'єктивного оцінювання масштабів безпритульності (шляхом налагодження збирання даних офіційною статистикою). Для зменшення масштабів бідності дітей з обмеженими можливостями необхідною є реалізація заходів, спрямованих не лише на підвищення рівня їх життя, але й на подолання бар'єрів на шляху їх соціального залучення та самореалізації.

Розширення доступу до послуг соціальної сфери для сільських мешканців. Необхідним є перенесення акцентів з фінансування соціальної сфери (інфраструктурних об'єктів та заробітної плати персоналу) на забезпечення доступності базових послуг для всіх верств населення. Започаткована реформа охорони здоров'я, що насамперед стосується сільських населених пунктів, має бути оцінена з позиції доступності широкого спектра послуг для різних верств населення. У випадку негативної оцінки необхідно здійснити коригування реформи, зокрема, для підвищення доступності та якості послуг варто зберегти базові заклади та обладнання шляхом більш ефективного розподілу бюджетних коштів та сприяння залученню фінансів від приватних осіб, громади та бізнесу. Крім того, реформування системи роз-

поділу міжбюджетних трансфертів вирівнювання на основі єдиних стандартів надання соціальних послуг сприятиме зменшенню територіальної диференціації за показниками немонетарної бідності.

Підвищення ефективності системи державної соціальної підтримки населення та посилення її впливу на бідність. Основним завданням є переорієнтація системи соціальної підтримки з допомоги всім уразливим чи неконкурентним верствам населення на допомогу найбільш бідним. Для цього необхідно посилити адресність надання соціальної підтримки, насамперед пільг, бідним верствам населення через удосконалення законодавчого, методичного та технічного забезпечення цієї системи. Така переорієнтація забезпечить ефективність розподілу бюджетних коштів на соціальні цілі, і, відповідно, стане можливим збільшення розмірів соціальних трансфертів найбільш бідним верствам населення за існуючого рівня фінансування.

У сучасних умовах, коли відбувається загострення складних соціальних проблем на фоні фінансової неспроможності їх ефективного розв'язання, виникає необхідність формування нового підходу до питання розподілу відповідальності. Нині слід говорити про розподіл відповідальності, в тому числі фінансової, між всіма суб'єктами громадянського суспільства (державою, бізнесом, громадою та індивідуумом) в частині забезпечення рівного доступу до якісних послуг соціальної сфери, дотримання принципів соціальної справедливості в розподілі коштів на соціальну підтримку та забезпечення особливих умов для розвитку соціально вразливих верств населення.



ЦІЛЬ 2
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ
ОСВІТИ ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ

Доступність якісної освіти є передумовою сталого економічного та соціального розвитку. Актуальним завданням є гармонізація професійної освіти та ринку праці, насамперед модернізація напрямів підготовки фахівців для потреб економіки. Обмеженість «ресурсів розвитку» зумовлює необхідність більш повного використання внутрішнього потенціалу освітньої системи з метою осучаснення змісту освіти, пошуку та впровадження нових форм передачі знань, удосконалення навчально-виховного процесу.

ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 2.А: Підвищити рівень охоплення освітою	2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, % 2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у сільській місцевості, % 2.3. Чистий показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою, % 2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком від 17 до 22 років, % 2.5. Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб
Завдання 2.В: Підвищити якість освіти	2.6. Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, %													
65,1	73,3	79,5	82,6	85,8	86,9	87,2	87,3	88,0	86,5	87,5	87,6	93,0	95,0
Індикатор 2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у сільській місцевості, %													
24,0	24,4	27,5	29,9	33,2	38,0	41,7	44,9	47,6	47,8	49,7	53,2	57,6	60,0
Індикатор 2.3. Чистий показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою, %													
97,7	98,1	98,3	97,8	99,1	99,3	99,4	99,5	99,7	99,1	97,3	98,8	99,5	99,9
Індикатор 2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком від 17 до 22 років, %													
31,5	32,5	34,8	35,0	37,2	41,8	44,1	45,4	46,3	46,9	47,0	45,9	45,7	56,0
Індикатор 2.5. Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб													
–	158	–	167	188	193	193	197	293	224,5	249,4	264	–	320
Індикатор 2.6. Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %													
–	–	–	–	–	–	–	–	42	43	57	69,1	76,4	90

Значення індикаторів 2.1 та 2.2. наведено за попередніми даними Держстату України, оскільки відповідні опитування проводяться один раз на два роки. За індикатором 2.6. до 2008 року дані відсутні.

У таблиці наведені фактичні дані та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

За останні роки вдосконалено законодавство України з дошкільної та загальної середньої освіти, зокрема запроваджено обов'язкову дошкільну освіту для дітей старшого дошкільного віку, встановлено 11-річний термін навчання для здобуття повної загальної середньої освіти, затверджено нові державні стандарти дошкільної та загальної середньої освіти, Положення про освітній округ, Положення про загальноосвітній навчальний заклад, Порядок організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, Положення про дистанційне навчання, розроблено Концепцію літературної освіти, Концепцію розвитку інклюзивної освіти тощо. Вагомим надбанням України є приведення до міжнародних норм законодавчої та нормативно-правової бази про загальну середню освіту для дітей з особливими освітніми потребами, Конвенції ООН про права дитини. У 2012 році три українські університети увійшли до міжнародного рейтингу університетів світу QS World University Rankings.

Україні вдається зберігати досить високі показники в освітній сфері (письменність населення, охоплення повною загальною середньою та вищою освітою). Протягом останніх років вдалося розширити напрями освітньої політики та вдосконалити механізми її втілення, зокрема через упровадження низки державних цільових програм для різних рівнів освіти. Наразі не існує жодних гендерних обмежень у доступі до всіх рівнів освіти, більш того серед населення, охопленого вищою освітою, існує гендерний дисбаланс на користь жінок.

Серед нещодавніх здобутків сфери освіти слід зазначити: створення нового покоління освітніх стандартів; затвердження Національної рамки кваліфікацій; удосконалення механізму державного замовлення на підготовку фахівців та перепідготовку кадрів; модернізація профілів та напрямів професійної підготовки; впровадження інноваційних освітніх технологій; відновлення розвитку позашкільної освіти; розвиток державно-громадського управління освітою; осучаснення системи моніторингу, тощо.

Залишаються актуальними питання щодо подолання міжпоселенських диспропорцій у доступі до якісних освітніх послуг, гармонізації професійної освіти та потреб ринку праці, впровадження нових технологій формування бюджету системи освіти, використання економічних регуляторів та стимулів для заохочення ініціатив у освітній сфері.

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Збільшення рівня охоплення освітою дітей віком 3–5 років відбулося завдяки таким системним заходам: у 2010 році дошкільна освіта дітей старшого дошкільного віку стала обов'язковою, а у 2011 році було затверджено Державну цільову соціальну програму розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року. Для покращення якості дошкільної освіти та осучаснення її змісту затверджено програму розвитку дітей старшого дошкільного віку «Впевнений старт»; врегульовано актуальні питання функціонування ДНЗ;¹¹ прийнято нову редакцію Базового компонента дошкільної освіти. Впроваджуються інновації

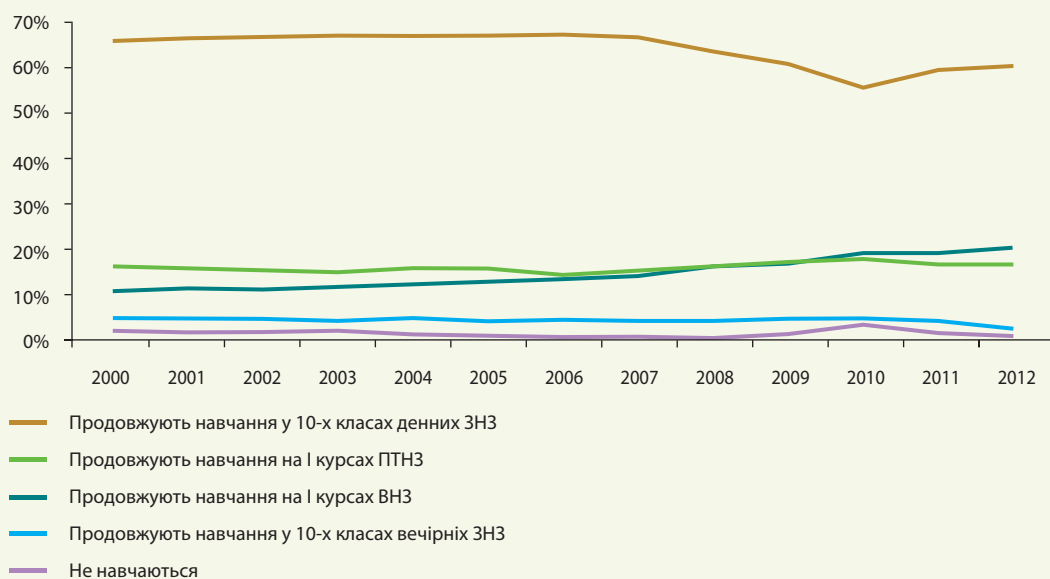
різноманітного характеру, в тому числі оздоровчі технології дошкільнят, системи електронної реєстрації до дитячих садків, нові форми роботи з батьківською громадськістю та поширення найкращого досвіду.

З метою збільшення рівня охоплення дітей дошкільною освітою розширено форми її здобуття,¹² скорочено чисельність першокласників, які розпочинають навчання у приміщеннях ДНЗ. Однак унаслідок зростання загальної чисельності дітей дошкільного віку в Україні завантаженість дитсадків щороку невинно збільшується.

¹¹ Наприклад, щодо здійснення контролю за організацією харчування, налагодження фізкультурно-оздоровчої роботи, поліпшення медичного обслуговування дошкільнят, ведення ділової документації та атестації ДНЗ.

¹² Створені групи при школах, центрах розвитку дітей; організовано роботу навчально-виховних комплексів, консультативних пунктів для батьків; запроваджено різні форми соціально-педагогічного патронату.

Рис. 3.2.1. Динаміка розподілу випускників 9-х класів ЗНЗ за видами подальшої освітньої підготовки у 2000 – 2012 роках, %



Джерело: Державна служба статистики України

Хоча за останні два роки мережа дошкільної освіти зросла на 768 закладів (за рахунок оновлення будівель, введення в експлуатацію 27 нових споруд тощо), ще багато будівель, які б могли виконувати функції ДНЗ, використовується не за призначенням. Дотися незначною залишається кількість дитсадків приватної форми власності (305 закладів, або 1,9% до загальної кількості ДНЗ), майже всі вони розташовані у містах.

За розрахунками ІДСД за даними Обстеження умов життя домогосподарств України,¹³ у 2011 році серед сільських домогосподарств з дітьми 14,7% потерпали від відсутності ДНЗ (серед міських домогосподарств з дітьми таких було лише 4,1%). Причому сільських сімей з однією дитиною, позбавлених можливості доступу до дошкільної освіти, було 10,6%, з двома дітьми – 19,3%, а серед багатодітних – 23,9%, а однією з головних передумов такого стану справ є фінансова неспроможність. Так, для 16,6% дітей, які не відвідують ДНЗ, основною причиною є нестача коштів на оплату послуг закладу. Інші причини (відсутність вільних місць, неприйнятність графіку роботи закладу або віддаленість його розташування від місця проживання) мають другорядне значення.¹⁴

¹³ Обстеження проводиться Держстатом України один раз на два роки.

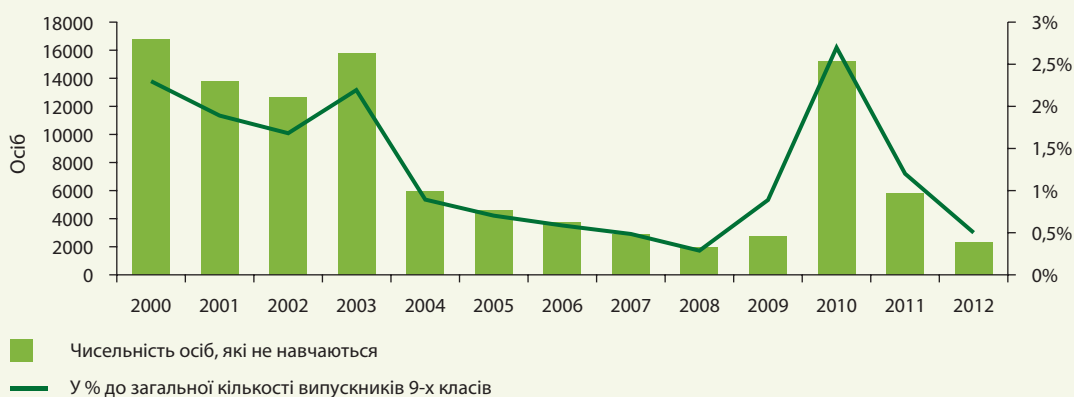
¹⁴ Сталій людський розвиток: забезпечення справедливості. Національна доповідь, ІДСД, Київ, 2012 р.

Прогрес у напрямі охоплення дітей повною загальною середньою освітою забезпечено завдяки гарантуванню державою обов'язковості та безоплатності повної загальної середньої освіти. Крім того, в Україні диверсифіковані джерела її здобуття у різних типах навчальних закладів. Після закінчення основної школи молодь може продовжувати подальше навчання у ЗНЗ (денних або вечірніх), ПТНЗ чи ВНЗ (рис. 3.2.1).

Наразі посилюється тенденція щодо одночасного здобуття молоддю повної загальної середньої освіти та професії / кваліфікації. Якщо у 2000 році після закінчення 9-го класу 16,2% учнів поступали до ПТНЗ, а 10,9% – до ВНЗ, то у 2012 році – 16,8% та 19,7% відповідно. Тому зменшується частка школярів, які залишаються навчатися у старших класах денних шкіл (2000 рік – 66,5%; 2012 рік – 60,4%) та у вечірніх школах (4,1% та 2,6% відповідно).

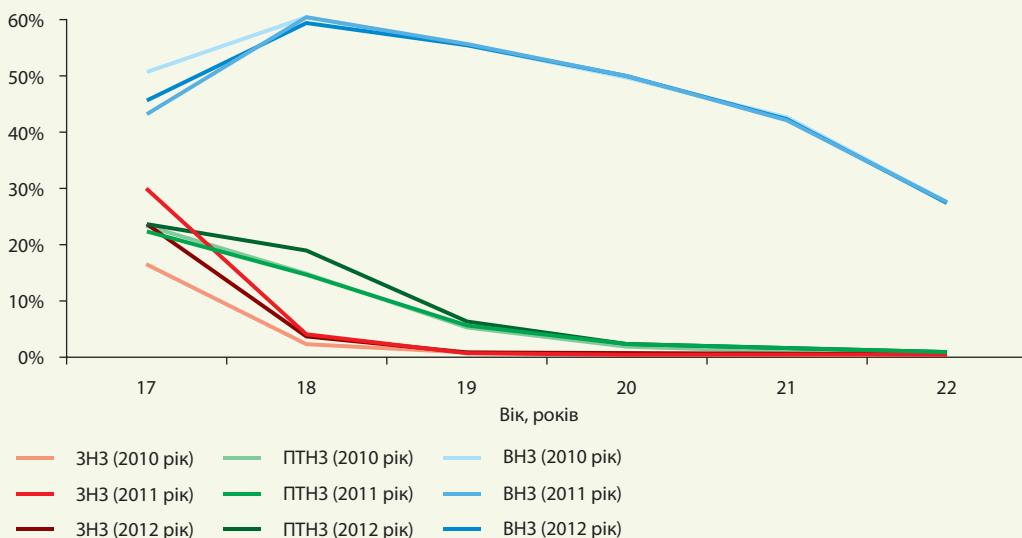
Здобуття повної загальної середньої освіти підвищує подальшу трудову мобільність індивіда. При цьому вимоги до рівня освіти (навіть для низькооплачуваних професій) постійно зростають. Тому нестачі значень показника «кількість випускників 9-х класів, які не продовжили навчання після здобуття базової середньої освіти» протягом останніх 12 років

Рис. 3.2.2. Кількість випускників 9-х класів, які не продовжили навчання після здобуття базової середньої освіти у 2000 – 2012 роках



Джерело: Державна служба статистики України

Рис. 3.2.3. Рівень охоплення молоді освітою (чисельність учнів ЗНЗ, ПТНЗ та студентів ВНЗ у загальній чисельності осіб відповідного віку)



Джерело: Державна служба статистики України

(рис. 3.2.2) вказує на серйозну приховану проблему.

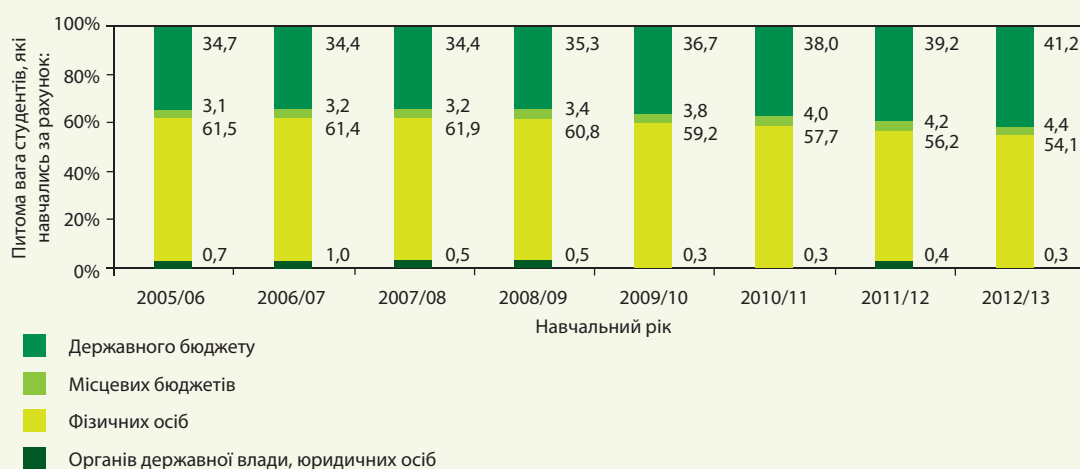
Спад інтересу до здобуття більш високого освітнього рівня, насамперед серед учнів із низькодохідних та соціально неблагополучних сімей, посилює ризик поширення й закріплення «культури бідності». Серед підлітків віком 15–17 років, які ніде не навчаються, постійно переважають жителі міських поселень (2003 рік – 54,1%; 2012 рік – 55,9%) та хлопчики (59,6% та 53,7% відповідно)¹⁵.

¹⁵ Без дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку.

Відсутність прогресу за показником охоплення вищою освітою осіб віком від 17 до 22 років зумовлює коригування його цільового значення. При цьому слід взяти до уваги структурні зрушення у чисельності учнівських і студентських контингентів відповідного віку (рис. 3.2.3). Перехід на 11-річний термін шкільного навчання позначився на збільшенні частки 17-річних дітей серед учнів ЗНЗ¹⁶: 2010 рік – 17,0%; 2011 рік – 30,8%; 2012 рік – 24,1%. Також зросла питома вага 18-річних старшокласників (2,6%, 4,0%,

¹⁶ Без учнів спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) та учнів спеціальних класів.

Рис. 3.2.4. Джерела фінансування навчання студентів у ВНЗ у 2005 – 2012 роках



Джерело: Державна служба статистики України

3,5% відповідно). Збільшується залучення молоді до професійно-технічної освіти: у 2012 році серед населення віком 17 років питома вага учнів ПТНЗ становила 24,4%, віком 18 років – 19,6%. Отже незначне зниження рівня охоплення молоді вищою освітою відбулося за рахунок скорочення студентського контингенту віком 17–18 років. Рівень охоплення вищою освітою молоді віком від 19 до 22 років залишається доволі стабільним.

Динаміка показників залучення молоді до вищої освіти свідчить про збереження її доступності, у тому числі завдяки розширенню державного фінансування, соціальної підтримки та усуненню суттєвих

інституційних перешкод. Важливим напрямом освітньої політики у цьому контексті є покращання об'єктивності, відкритості та прозорості вступної кампанії, удосконалення системи довузівської підготовки молоді, її профорієнтації на здобуття вищої освіти.

Збільшується частка студентів, які навчаються за рахунок державного та місцевих бюджетів: 2006 рік – 37,6%, 2012 рік – 45,6% (рис. 3.2.4). У 2012 році більше половини загальної кількості студентів (53,2%) було прийнято на початковий цикл навчання за кошти державного та місцевих бюджетів. При цьому для соціально вразливих категорій громадян збережено право на пільгове

Таблиця 3.2.1. Зарахування до ВНЗ випускників шкіл у 2005 та 2012 роках, %

Показник	Зараховано до ВНЗ:					
	ВНЗ I–II рівнів акредитації		ВНЗ III–IV рівнів акредитації		ВНЗ I–IV рівнів акредитації	
	2005	2012	2005	2012	2005	2012
Зараховано на початковий цикл навчання після закінчення школи у поточному році, усього, у тому числі:	77,6	78,3	70,6	68,9	72,4	71,1
– після закінчення основної школи зі свідоцтвом про базову загальну середню освіту	37,6	53,3	5,3	11,8	13,5	21,2
– після закінчення старшої школи з атестатом про повну загальну середню освіту	40,0	25,0	65,3	57,1	58,9	49,9

Джерело: Державна служба статистики України

зарахування до ВНЗ в Україні.¹⁷ Пільговикам наразі належить 25% бюджетних місць, і ця квота є обов'язковою для кожної спеціальності всіх державних ВНЗ. Попри існуючі уявлення, вступ до ВНЗ для сільської молоді в Україні є не менш доступним, ніж для міської. Сільські жителі мають можливість вибору як майбутньої професії, так і навчального закладу. Також забезпечується безперервність переходу між середньою та вищою школами (табл. 3.2.1): переважна більшість учнів стають студентами ВНЗ одразу після закінчення школи (2012 рік – 71,1%).

Збільшення кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, зумовлено зростаючими потребами економіки знань, змінами на локальних і галузевих ринках праці. Вже у найближчі 15 років має помітно скоротитись абсолютна та відносна чисельність осіб допрацевдатного та працевдатного віку. Особливо прискориться цей процес у 2015–2020 роках, оскільки за верхню межу працевдатного віку почнуть виходити найбільш численні покоління.¹⁸

Розширення можливостей здобуття освіти впродовж життя закладено у Законах України «Про професійний розвиток працівників» та «Про зайнятість населення» (2012 рік). Так, право на отримання ваучера для безкоштовної перекваліфікації передбачено для осіб віком старше 45 років, які мають професійно-технічну або вищу освіту. Також затверджено Порядок підтвердження результатів неформального професійного навчання осіб за робітничими професіями. Ця процедура здійснюється за результатами визначення рівня професійних знань, умінь і навичок особи із застосуванням засобів вимірювання та критеріїв оцінювання.

Оскільки 2011 рік було оголошено Роком освіти та інформаційного суспільства, особлива увага приділялась впровадженню ІКТ у навчальний процес. Процес інформатизації середньої ланки освіти в Україні набуває позитивних ознак соціальної відповідаль-

ності (зокрема, про це свідчить активна співпраця з провідним вітчизняним виробником послуг зв'язку компанією «Київстар», відомими світовими корпораціями Microsoft, Intel, Apple, Samsung Electronics та ін.).

Завдяки реалізації державної цільової програми «Сто відсотків» 76,4% шкіл було підключено до Інтернету у 2012 році. Однак цей процес значно краще відбувається у міських поселеннях. Вже 94,9% денних міських ЗНЗ з'єднані з глобальною мережею, тоді як у сільській місцевості – лише 67,1% шкіл.

Також позитивно вплинуло на поліпшення якості освіти введення з 2012 року нових освітніх стандартів початкової школи, відповідно до яких вже з другого класу діти будуть обов'язково вивчати предмет «Інформатика», а з першого класу – іноземну мову. Паралельно активна увага приділяється навчанню педагогів основам ІКТ та підвищенню їх кваліфікації з питань використання у навчальному процесі найсучасніших інформаційних технологій. Значно покращився показник кількості учнів на один шкільний комп'ютер (2005 рік – 54; 2012 рік – 25).

Використання ІКТ в освітньому процесі значно розширено. Для дітей громадян України, які проживають за кордоном, з 2007 року працює «Міжнародна українська школа», а дистанційне навчання організовано з учнями 60 країн світу. Започатковано проведення Інтернет-олімпіад з різних шкільних дисциплін, Інтернет-зборів для батьків майбутніх першокласників, моніторингових досліджень серед учнів тощо.

За результатами Міжнародного дослідження якості математично-природничої освіти (TIMSS–2011) українські восьмикласники отримали 479 балів з математики та 501 бал з природничих наук. Порівняно з 2007 роком Україна покращила свій результат на 17 та 16 балів відповідно, що дозволило їй піднятися у міжнародному рейтингу з 25-го місця на 19-те з математики та з 19-го на 18-те з природничих наук¹⁹.

¹⁷ Діти-сироти та позбавлені батьківського піклування, інваліди, діти військових і працівників правоохоронних органів, які загинули при виконанні службових обов'язків, інші категорії.

¹⁸ Сталий людський розвиток: забезпечення справедливості. Національна доповідь, ІДСД, Київ, 2012 р.

¹⁹ Прокопенко Н. Тимчасові відповіді на вічні запитання, Київ, 2012 р.

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Основною проблемою у сфері освіти є недостатня якість освітньої підготовки. Якість «ретрансляції» знань молодим поколінням залежить не лише від якості праці педагогів. Зберігається **невідповідність ресурсної складової системи освіти (матеріально-технічної та навчально-методичної бази) новим вимогам часу**. Не втрачає актуальності питання щодо подолання існуючої диференціації умов навчання у навчальних закладах різних рівнів та видів.

Гострою є проблема із забезпеченням шкіл, насамперед у сільській місцевості, вчителями іноземної мови, інформатики, вчителями предметів з природничого циклу. Наразі немає жодного шкільного предмета, викладання якого на 100% забезпеченого вчителями з повною вищою освітою. Останніми роками підвищується частка педагогічних працівників пенсійного віку, які застосовують застарілі методики навчання. Забезпечення приладами та обладнанням навчальних кабінетів ЗНЗ є недостатнім і має значну регіональну диференціацію. Так, рівень забезпечення кабінетів фізики за регіонами коливається у межах 17–40%, кабінетів-лабораторій хімії – 18–49%, кабінетів-лабораторій біології – 14–24%.²⁰

Проблемними залишаються питання щодо **відставання в інформатизації та комп'ютеризації шкільної освіти від сучасних вимог**, недостатнього рівня забезпечення закладів, насамперед у сільській місцевості, високошвидкісною мережею Інтернет та ліцензійними програмними засобами. Взагалі проблема «застарілих комп'ютерів та відсутності сучасного Інтернету» визнається керівниками освітньої галузі як одна з найгостріших для сучасної української школи.²¹

Найбільш складною процедурою у рамках інформатизації середньої ланки освіти є забезпечення дистанційного навчання дітей з обмеженими можливостями та дітей, які перебувають на довготривалому лікуванні. Якщо зазначене завдання буде реалізовано, це **розширить інклюзивне навчання**.²² та

охоплення шкільною освітою дітей, які не відвідують школу за станом здоров'я. За даними МОН, у 2012 році у ЗНЗ інтегровано 71,5 тис. дітей з особливими потребами. При цьому чисельність дітей віком 6–18 років, які не здобували повну загальну середню освіту за станом здоров'я, становила 10,9 тис. осіб. Значна частина з них (84,1%) – це діти, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. У 14 тис. школах (73,4% від загальної кількості денних ЗНЗ, без спеціальних шкіл) вже організовано безперешкодний доступ учнів-інвалідів до першого поверху. Однак лише у 63-х школах (0,3%) є доступ для цих учнів до другого поверху та у 18 школах (0,09%) – до третього та наступного поверхів.²³

Можливі наслідки **оптимізації мережі шкіл**, насамперед малокомплектних сільських, викликають неабиякий суспільний резонанс. У свідомості громадян наслідки оптимізації шкіл асоціюються зі складною ситуацією у дошкільній освіті – вкрай переповнених дитсадків у містах або повної їх відсутності у деяких сільських поселеннях. Безпосередньо у сільських громадах причин для оптимізму ще менше. Адже в умовах недосконалої системи місцевого самоврядування, вкрай обмеженої інфраструктури соціальних та культурних послуг у сільській місцевості школа залишається чи не єдиним життєздатним соціокультурним центром. Вже зараз наявна мережа сільських ЗНЗ фізично неспроможна забезпечити належне охоплення підлітків повною середньою освітою. У 9-ти регіонах України кількість денних сільських загальноосвітніх закладів I та II-III ступенів перевищує кількість закладів I-III ступеня (наприклад, у Тернопільській області – у 2,9 раза, Львівській області – 2,4 раза, Закарпатській – 1,8 раза), при цьому на всю країну налічується лише 8 сільських закладів II-III ступеня. З випускників 9-х класів у сільській місцевості продовжують навчання в 10-му класі денних ЗНЗ 55,8%, тоді як у містах – 64,8%.²⁴

Поширення сфери платних послуг не гарантує доступу до якісної освіти, насамперед вищої. Гострій критиці піддаються і занадто розгалужена мережа вищої школи, і можливість підготовки закладом «широкого спектру» фахівців без урахування свого основного профілю. Однак в останні роки основні негативні тенденції було призупи-

²⁰ Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні, Київ, 2011 р.

²¹ Десять найгостріших проблем сучасної української школи, Результати опитування Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України керівників освіти різних рівнів, Київ, 2012 р.

²² З 2012 року у класах з інклюзивним навчанням введено посаду асистента вчителя та розроблено кваліфікаційну характеристику до цієї посади.

²³ Дані Держстату України на початок 2012/13 навчального року.

²⁴ Дані Держстату України на початок 2012/13 навчального року.

нено (зокрема, через застосування ліцензування та акредитації). Загальна кількість ВНЗ скоротилася протягом 2007–2012 років з 904 до 823 закладів (на 9%), а чисельність студентів, які навчаються у відокремлених структурних підрозділах головних ВНЗ, – з 309,5 тис. до 197,5 тис. осіб (на 36%).

Досить повільно й недостатньо ефективно відбувається процес гармонізації професійної освіти та потреб ринку праці. Високий запит на вищу освіту серед молоді протягом останніх десятиліть зумовив не лише значні деформації у освітньо-професійній структурі населення, а й фактично знизив конкурентоспроможність молодих фахівців на ринку праці. Значна частина спеціалістів вимушена займати робочі місця за іншою спеціальністю або іншою кваліфікацією, у зв'язку із нестачею якісних робочих місць з гідними умовами та оплатою праці, особливо для молоді. Рівень безробіття серед молоді (віком 15–24 років), який у 2012 році становив 17,3% (що вдвічі вище, ніж загалом серед населення працездатного віку) дає підстави говорити про погіршення потенціалу самореалізації людини в майбутньому. Тому існує потреба в удосконаленні трудового та освітнього законодавства, оскільки існуючі освітньо-кваліфікаційні рівні (насамперед бакалавра) досить часто «не узгоджуються» із вимогами роботодавців.

Використовуються «застарілі» технології формування бюджету системи освіти, в переважній більшості – за нормативною

формулою асигнування фінансових ресурсів на освіту, що ігнорує реальне недофінансування попереднього року та не пов'язується з чисельністю учнів та студентів. Унаслідок цього спостерігається процес пріоритетного фінансування тих навчальних закладів, де вартість навчання вища. Так, у привілейованому становищі опинилися спеціалізовані школи (гімназії, ліцеї тощо), де вивчаються додаткові предмети, забезпечується краще співвідношення учнів і викладачів, у класах і кабінетах встановлене сучасне обладнання.

Окремою проблемою є впровадження принципів бюджетування, що встановлюють чіткий взаємозв'язок між фінансуванням освітнього закладу та якістю його роботи. Система морального та матеріального стимулювання праці вчителів практично не розвинута. Якість освітніх послуг (особливо на рівні дошкільної, середньої та позашкільної освіти) дедалі більше залежить від обсягу платежів населення (у тому числі неформальних).

Унаслідок недосконалої законодавчої бази щодо диверсифікованості джерел фінансування освіти залишаються обмеженими можливості навчальних закладів до залучення додаткових коштів, використання грантової підтримки дослідних проєктів та освітніх інновацій. Серед управлінської, педагогічної та наукової спільнот найбільш складним є питання про надання автономії навчальним закладам, насамперед вищої школи.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Гарантія **доступності якісної дошкільної освіти** має підкріплюватися фінансовими механізмами, що спрямовані на прискорений розвиток відповідної інфраструктури, підвищення ефективності функціонування системи дошкільної освіти, задоволення потреб населення в якісному вихованні дітей, бюджетну підтримку батьків для оплати послуг ДНЗ. У міських поселеннях альтернативою нестачі місць у дитсадках може бути розширення системи гнучкого режиму відвідування та сприяння розвитку приватних та корпоративних закладів дошкільного профілю. У сільській місцевості – створення освітніх округів і сімейних дитсадків. Задля ефективного відновлення мережі дошкільної освіти доцільно спорудження, реконструкцію та ремонт об'єктів ДНЗ включати у програми розвитку регіонів.

Принципово важливого значення набуває **якість шкільної освіти**. Саме у школі починає формуватися «конкурентоспроможне майбутнє» нашої країни, саме від школи багато в чому залежить успішність подальшого професійного навчання молоді. Тому переважна більшість напрямів державної підтримки має зосереджуватися на вирівнюванні матеріально-технічної та навчально-методичної бази міських та сільських шкіл,²⁵ впровадженні інноваційних освітніх технологій, покращанні якості природничо-математичної освіти, розширенні мережі навчальних закладів нового типу.

²⁵ У тому числі шляхом будівництва та реконструкції приміщень навчальних закладів, проведення своєчасного їх ремонту, забезпечення матеріально-технічних і санітарно-гігієнічних умов для організації навчально-виховного процесу.

Розвиток державних освітніх інвестицій має ґрунтуватися не на простому нарощуванні видатків, а на підвищенні їх ефективності. Тому підготовку кваліфікованих робітників та фахівців з вищою освітою за рахунок державного бюджету доречно здійснювати лише у тих закладах, які забезпечують високі стандарти та якість навчання, а розмішувати державне замовлення лише за тими напрямками, де існує дефіцит спеціалістів. У цьому контексті необхідно підтримувати прозорість та об'єктивність вступної кампанії у ПТНЗ та ВНЗ I–II рівнів акредитації, а також вивчити питання щодо можливого об'єднання цих навчальних закладів у одну галузь.

Більш ефективними важелями впливу на якість вищої освіти мають стати **ліцензування та акредитація**. Слід також гарантувати об'єктивність і достовірність висновків експертів при проведенні відповідних процедур. Вимога щодо забезпечення практичної спрямованості освітніх програм потребує знаходження шляхів законодавчого врегулювання виробничої практики студентів ВНЗ та учнів ПТНЗ. Гарантування якості вищої освіти має забезпечити прийняття нового Закону України «Про вищу освіту». При цьому розширення академічної, фінансової, організаційної та кадрової автономії вищої школи треба розглядати насамперед як інструмент підвищення якості освітніх послуг.

Прискорена інформатизація сфери освіти, приєднання навчальних закладів до високошвидкісної мережі Інтернет, забезпечення їх навчальними комп'ютерними комплексами, а опорних навчальних закладів освітніх округів – мультимедійним обладнанням. Варто розглянути питання щодо своєчасного забезпечення оновлення застарілого парку комп'ютерної техніки (наприклад, за рахунок розширення фінансової автономії навчальних закладів або через затвердження відповідних нормативів).

Не менш нагальними є питання **створення електронних підручників та енциклопедій** навчального призначення, розвитку мережі електронних бібліотек на всіх рівнях освіти. Повноцінна інтеграція вітчизняної освіти у міжнародне освітнє середовище передбачає вільний доступ навчальних закладів до світових інформаційних ресурсів, у тому числі наукових. Тому принципового значення набуває розширення доступу ВНЗ України до контенту інформаційно-наукової системи бази даних «Scopus».

Поширення моделі інклюзивного навчання передбачає найповніше урахування її різноманітних міждисциплінарних та соціальних аспектів (зокрема, при розробці та затвердженні нових державних санітарних норм і правил утримання навчальних закладів та організації навчально-виховного процесу). Має бути забезпечено створення безбар'єрного навчального середовища для дітей з особливими потребами, зокрема створення безперешкодного доступу до закладів освіти дітей з обмеженими фізичними можливостями у найближчій перспективі. Ця робота буде ефективніша, якщо на місцевому рівні до співпраці залучаться громадські організації та соціальні партнери.

Актуальними є й такі заходи, як розробка повноцінного науково-методичного супроводу інклюзивної освіти, із залученням найкращих науковців та фахівців; створення системи дистанційного навчання для дітей з обмеженими можливостями та дітей, які перебувають на довготривалому лікуванні; забезпечення спеціальних навчальних закладів (груп, класів) корекційними комп'ютерними програмами; удосконалення мережі спеціальних навчальних закладів; розширення практики інклюзивного та інтегрованого навчання в дошкільних та позашкільних навчальних закладах.

Посилення кадрового потенціалу освіти є критичним у коротко- та середньостроковій перспективі. Потребують комплексного вирішення кадрові проблеми: підвищення рівня кваліфікації педагогічних працівників; покращання їх гендерного та вікового складу; впровадження ефективних механізмів для стимулювання притоку та «закріплення» молодих кадрів, насамперед у сільській місцевості. Слід «наращувати» кадровий потенціал інклюзивної та корекційної освіти, забезпечувати підготовку та своєчасне підвищення кваліфікації вчителів та асистентів учителів для роботи в інклюзивних класах.

Необхідно вдосконалити систему педагогічної освіти, усунути диспропорції в мережі, структурі та змісті підготовки педагогічних і науково-педагогічних кадрів. Доцільно розширити практику підготовки педагогічних працівників для усіх рівнів освіти за інтегрованими програмами (поєднання спеціальностей або спеціальності та спеціалізації).

Потребує покращання діяльність закладів післядипломної педагогічної освіти, структурних підрозділів ВНЗ, на базі яких здійсню-

ються перепідготовка та підвищення кваліфікації педагогів, зокрема через розроблення та впровадження стандартів післядипломної педагогічної освіти.

Удосконалення моніторингу у сфері освіти.

Оцінка якості усіх рівнів освіти має здійснюватися на засадах прозорості та відкритості. Якнайшвидше треба запровадити Національну систему рейтингового оцінювання ЗНЗ та щорічно оприлюднювати результати рейтингу шкіл на офіційному сайті Міністерства освіти і науки України. На часі також розробка критеріїв оцінювання якості та результативності виховної діяльності навчальних закладів. Участь України у міжнародних порівняльних дослідженнях якості освіти (насамперед у Міжнародному дослідженні якості математично-природничої освіти – TIMSS, Міжнародному проєкті «Прогрес у галузі міжнародного дослідження грамотності читання» – PIRLS, Міжнародній програмі оцінки знань та вмінь учнів – PISA) має бути розширена.

Нагальним є створення ефективної системи зовнішнього і внутрішнього оцінювання якості вищої освіти. Така система має вибудовуватися з урахуванням європейських стандартів і рекомендацій. Наразі на глобальному (наднаціональному) рівні розширюється практика ранжування сфери вищої освіти. Це ставить на порядку денному питання щодо входження провідних українських університетів в найближчій перспективі до основних міжнародних рейтингів найкращих університетів світу.

Іншим важливим напрямом є налагодження результативного міжсекторального парт-

нерства щодо гармонізації діяльності освітньої сфери та ринку праці, визначення обсягів і напрямів перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів, удосконалення процедур прогнозування розвитку професійної освіти. У зв'язку з цим потребує затвердження Стратегія розвитку національної системи кваліфікації на період до 2020 року. Доцільно також розширити практику залучення об'єднань роботодавців до участі у розробці законодавчих та інших нормативно-правових актів з питань професійної освіти.

Подальше поглиблення міжнародного співробітництва

диктується необхідністю посилення конкурентоспроможності вітчизняної системи освіти в глобальному освітньому просторі. Необхідно не лише розширювати практику освітніх і наукових обмінів, стажування та навчання за кордоном учнів, студентів, педагогічних і науково-педагогічних працівників, а й терміново модернізувати відповідні фінансові механізми задля забезпечення цього процесу. Збільшення кількості іноземних студентів треба розглядати як перспективні інвестиції не лише у вищу освіту, а й у розвиток національної економіки. Необхідно розширити представництво відповідних вітчизняних структур з міжнародної освіти в інших країнах для поживлення рекламно-інформаційної роботи та впровадження порядку набору іноземців на навчання в Україні (у тому числі для навчання у ПТНЗ). Перевагами для здобуття освіти в Україні іноземними громадянами має бути не лише прийнятна вартість навчання, «географічна» привабливість країни, можливість отримання державних стипендій, толерантне ставлення з боку суспільства, а й висока якість освітньої підготовки.



ЦІЛЬ 3
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ

Протягом останнього десятиліття країні вдалося досягти певного прогресу у формуванні основних складових інституційного забезпечення гендерної рівності. Про це свідчить приведення вітчизняної законодавчої бази у відповідність до міжнародних стандартів, створення спеціальних уповноважених органів та розвиток потужного сектору недержавних організацій, діяльність яких спрямована на протидію гендерній нерівності. Проте досягнення значень цільових показників до 2015 року є нереальним, а досягнення цілі щодо забезпечення гендерної рівності є можливим лише за умови посилення політичної волі.

ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 3.А: Забезпечити гендерне співвідношення на рівні не менше 30% до 70% тієї чи іншої статі у представницьких органах влади та на вищих щаблях виконавчої влади	3.1. Гендерне співвідношення серед депутатів Верховної Ради України, чис. жін. / чис. чол. 3.2. Гендерне співвідношення серед депутатів місцевих органів влади, чис. жін. / чис. чол. 3.3. Гендерне співвідношення серед вищих державних службовців (1 – 2 посадових категорій), чис. жін. / чис. чол.
Завдання 3.В: Скоротити наполовину розрив у доходах жінок і чоловіків	3.4. Співвідношення середнього рівня заробітної плати жінок та середнього рівня заробітної плати чоловіків, %

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 3.1. Гендерне співвідношення серед депутатів Верховної Ради України, чис. жін. / чис. чол.													
8/92	8/92	5/95	5/95	5/95	5/95	9/91	8/92	8/92	8/92	8/92	8/92	9/91	30/70
Індикатор 3.2. Гендерне співвідношення серед депутатів місцевих органів влади, чис. жін. / чис. чол.													
42/58	42/58	42/58	42/58	42/58	42/58	35/65	35/65	37/63	37/63	37/63	44/56	–	50/50
Індикатор 3.3. Гендерне співвідношення серед вищих державних службовців (1 – 2 посадових категорій), чис. жін. / чис. чол.													
15/85	16/84	17/83	17/83	17/83	22/78	21/79	22/78	22/78	23/77	25/75	27/73	28/72	30/70
Індикатор 3.4. Співвідношення середнього рівня заробітної плати жінок та середнього рівня заробітної плати чоловіків, %													
70,9	69,7	69,3	68,6	68,6	70,9	72,8	72,9	75,2	77,2	77,8	74,9	77,6	86

У таблиці наведені фактичні дані та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

Гендерна нерівність, тобто нерівність за ознакою статі, тією чи іншою мірою притаманна всім суспільствам незалежно від соціально-економічного розвитку, державного ладу або політичного устрою країни. На глобальному рівні нерівні можливості для жінок і чоловіків простежуються в різних сферах життя – у доступі до економічних ресурсів та управлінських повноважень, на ринку праці та у політичній участі; в окремих регіонах світу не втрачає значення проблема нерівного доступу до освіти або охорони здоров'я. В Україні, незважаючи на високі освітні здобутки та досить високі рівні економічної активності та зайнятості жінок, вони стикаються з бар'єрами при просуванні на керівні посади, несуттєво представлені серед високопосадовців та отримують нижчу заробітну плату порівняно з чоловіками.

Взявши на себе зобов'язання щодо вирішення гендерних проблем у рамках Цілей Розвитку Тисячоліття, Україна поставила перед собою ряд завдань для усунення зазначених проявів нерівності між жінками та чоловіками. Зокрема, національні завдання гендерного розвитку зосереджені на забезпеченні паритетного представництва жінок і чоловіків у виборчих органах влади та сфері державного управління, а також скороченні гендерної нерівності щодо оплати праці. Ці завдання відображені в системі індикаторів, що характеризують участь жінок і чоловіків у представницьких органах влади різного рівня – в національному парламенті та на рівні місцевого управління, на вищих посадах державної служби (серед керівників 1–2 категорій), а також гендерне співвідношення середньої заробітної плати в економіці країни.

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Досягнення гендерного паритету в представницьких органах влади та у сфері державного управління залишається одним з найбільш актуальних завдань, оскільки саме за цим показником Україна найпомітніше поступається розвиненим державам. Хоча в 2012 році відбулося незначне зростання кількості жінок у складі народних депутатів України VII скликання (42 жінки серед 445 депутатів, завдяки чому значення індикатора зросло до 9,4%), чинний рівень паритетного представництва жінок і чоловіків у Верховній Раді залишається вкрай віддаленим від цільового значення, встановленого на 2015 рік (не менше 30% тієї чи іншої статі). Неможливо його досягнути без зміни загальних підходів до реалізації політичного процесу в державі, зокрема застосування принципу паритетного представництва жінок і чоловіків при формуванні партійних списків. Хоча законопроекти щодо внесення відповідних змін до виборчого законодавства неодноразово подавалися на розгляд до Верховної Ради України, вони не одержали підтримки народних депутатів.

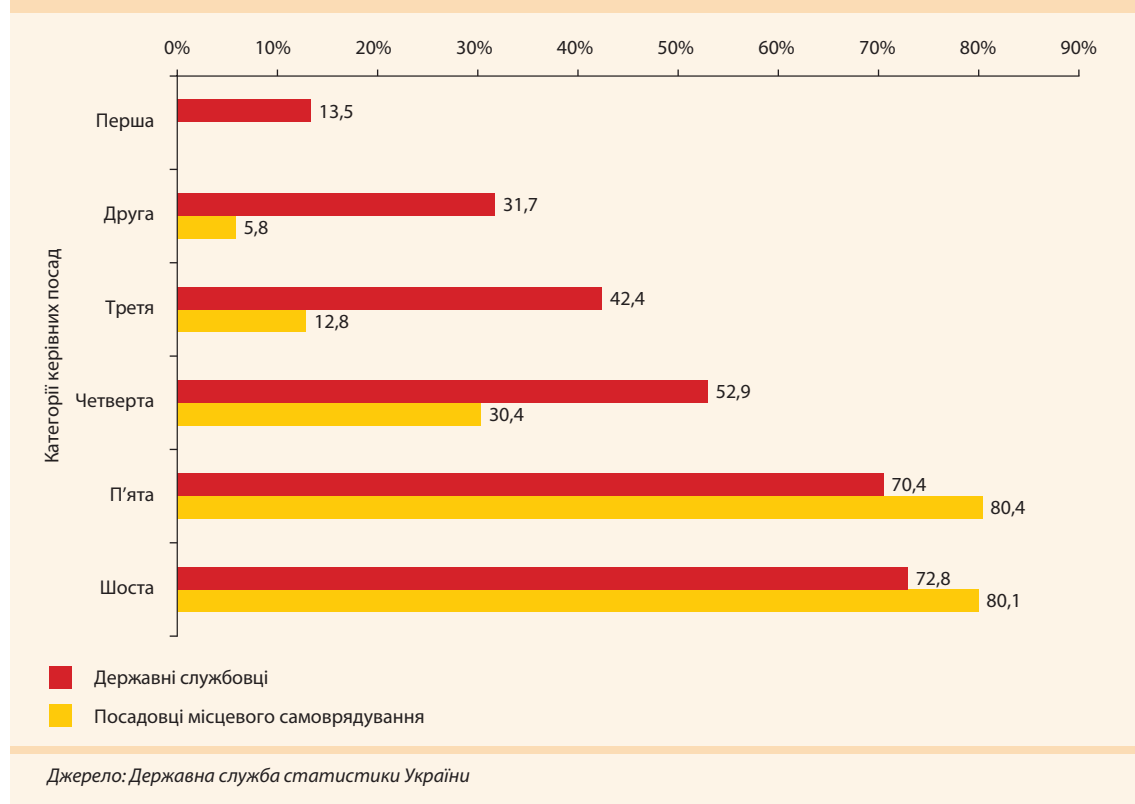
Ситуація з виконанням цього завдання виглядає ще більш несприятливою порівняно з глобальною тенденцією до розширення представництва жінок у національних парламентах. У 2012 року жінки посідали в середньому 20,4% парламентських місць в країнах світу (42% у скандинавських країнах

і 15% в арабських країнах). Україна також поступається всім країнам пострадянського простору за часткою жінок у складі депутатів національного парламенту²⁶. Таким чином, за умови відсутності радикальних змін у політичній сфері, країна й надалі залишатиметься на значній відстані від сучасних стандартів гендерної демократії, що може вплинути на її міжнародний імідж та обмежити її євроінтеграційні прагнення.

Частка жінок серед депутатів місцевих рад набагато вища. Згідно з даними Міністерства соціальної політики України, в 2012 році жінки становили 12% депутатів обласних рад, 23% депутатів районних рад, 28% депутатів міських рад, 51% депутатів сільських рад та 46% депутатів селищних рад. Однак залежність між рівнем повноважень ради та її гендерним складом залишається очевидною: традиційно жінки значно краще представлені у представницьких органах нижчих рівнів, зокрема серед депутатів сільських та селищних рад. Більша доступність цих виборчих посад для жінок є результатом наближеності до місцевих громад, що зумовлює кращу обізнаність про досвід, попередню діяльність та програмні лозунги

²⁶ На кінець 2012 року частка жінок у національних парламентах країн регіону складала: Білорусь – 26,6%, Литва – 24,5%, Казахстан – 24,3%, Киргизія – 23,3%, Латвія – 23,0%, Узбекистан – 22%, Естонія – 20,8%, Молдова – 19,8%, Таджикистан – 19,0%, Туркменістан – 16,8%, Азербайджан – 16,0%, Російська Федерація – 13,6%, Грузія – 12%, Вірменія – 10,7%.

Рис. 3.3.1. Представництво жінок в органах управління України за категоріями керівних посад у 2012 році, частка до загальної кількості посадовців відповідної категорії



та менші фінансові витрати на реалізацію виборчих кампаній на місцях. З іншого боку, вужча сфера повноважень та менші обсяги ресурсів, що перебувають в адмініструванні місцевих рад, уможливають менш гостру електоральну боротьбу порівняно з дією тих бар'єрів, що перешкоджають просуванню жінок на загальнодержавні управлінські рівні.

Водночас вітчизняну систему державного управління загалом можна охарактеризувати як «фемінізовану» сферу зайнятості, оскільки 76,8% жінок складала державні службовці у 2012 році. Однак їх чисельна перевага формується переважно за рахунок посадовців нижчих управлінських рівнів: хоча жінки становлять понад дві третини керівників п'ятої та шостої категорії, із просуванням на посади вищого рівня їх частка стрімко зменшується. Серед керівників першої категорії, тобто саме тих високопосадовців, які відповідають за прийняття рішень загальнодержавного значення, жінки становлять лише 13,5%.

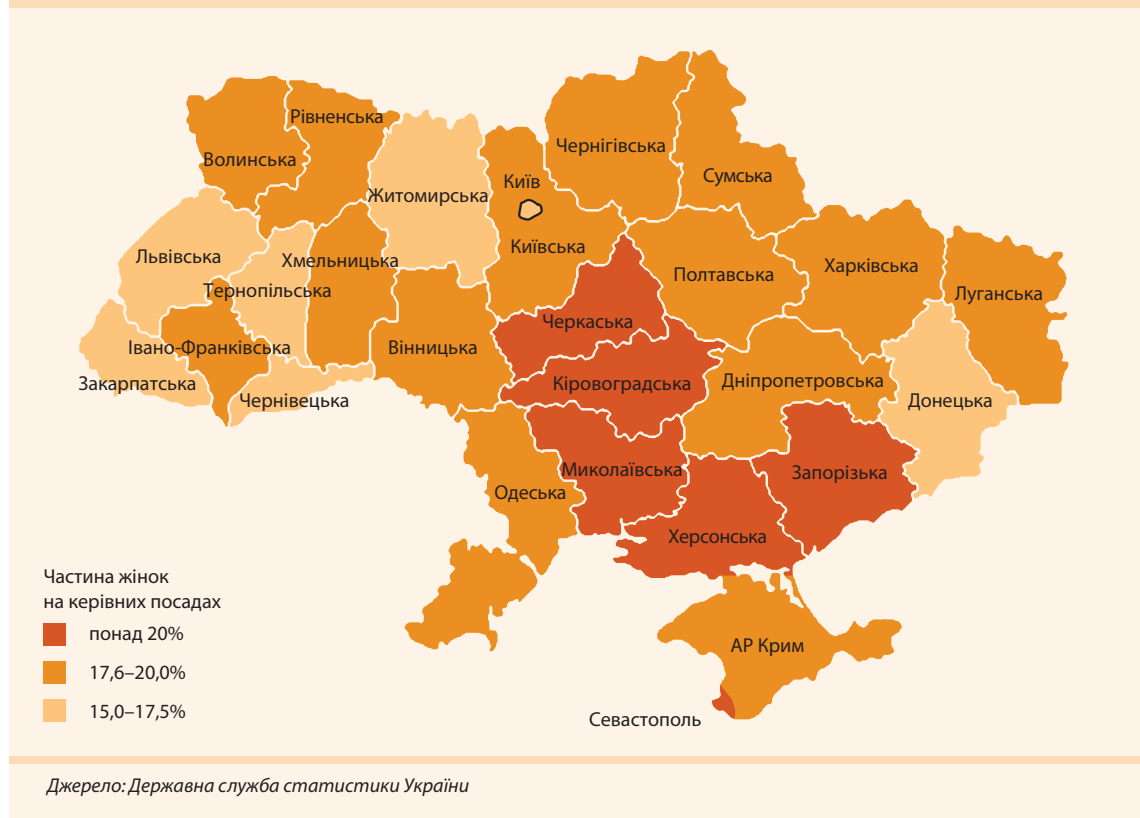
Обмежені можливості доступу жінок до вищих управлінських посад, що узагальню-

ються в поняття «скляна стеля»²⁷, чітко простежуються й серед посадовців органів місцевого самоврядування України: якщо в 2012 році жінки обіймали до 80% посад керівників п'ятої та шостої категорії, то серед керівників другої категорії їх частка становила лише 5,8% (рис. 3.3.1).

Позитивною тенденцією є поступове підвищення частки жінок серед вищих державних службовців (1 – 2 категорії) до 27,8% в 2012 році. За умови збереження цієї динаміки в найближчі роки, досягнення в 2015 році цільового 30-відсоткового представництва жінок у складі високопосадовців видається цілком імовірним. Проте оскільки прогрес у зазначеній площині досі забезпечується за рахунок жінок-керівників другої посадової категорії (31,7% посадового складу державних службовців у 2012 році), особлива увага має приділятися забезпеченню можливостей рівного доступу жінок до керівних посад найвищого рівня, розширенню їх представництва у складі Уряду України та у керівництві центральних органів виконавчої влади.

²⁷ Wirth L. (2001). Breaking Through the Glass Ceiling: Women in Management. International Labour Office.

Рис. 3.3.2. Представництво жінок серед державних службовців, які займають посади керівників, у розрізі регіонів України на кінець 2012 року, %



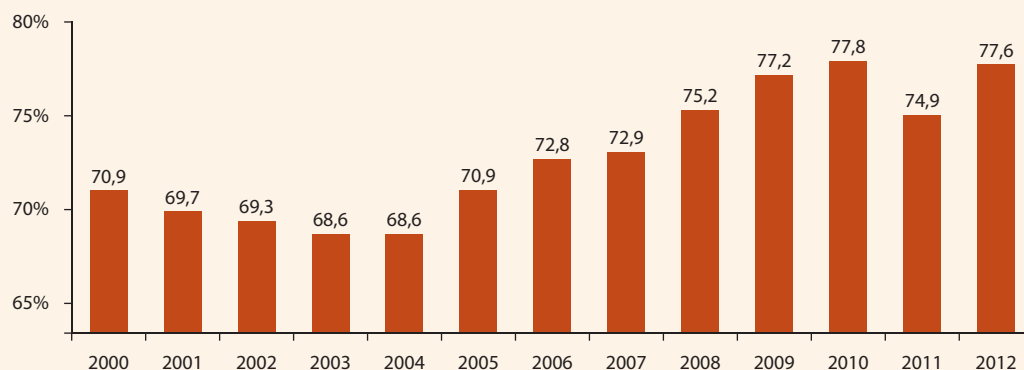
Особливості представництва жінок серед державних службовців, які займають посади керівників, характеризуються й певними регіональними особливостями. Хоча відмінності залишаються невисокими в умовах загального низького значення показника, на території країни виокремлюється група адміністративно-територіальних одиниць з порівняно вищою часткою жінок серед державних службовців – керівників (рис. 3.3.2), що формується за рахунок деяких центральних та південних областей (Кіровоградська – 23,2%, Миколаївська – 22,3%, Херсонська – 21,3%, Запорізька – 21,2%). Найнижчі ж рівні представленості жінок серед керівників характерні для державних службовців західного регіону, а також Донецької області та м. Києва, в якому зафіксовано найнижчий по країні рівень представництва жінок на керівних посадах серед державних службовців (15%). У столиці обмежений доступ жінок до керівних рівнів державної служби зумовлюється вищою посадовою конкуренцією внаслідок зосередження управлінської верхівки та фінансових потоків загальнодержавного значення. Дія «скляної стелі» щодо просування жінок на керівні посади посилюється й у Донецькій області з її тра-

диційно «чоловічою» структурою зайнятості та промислового розвитку. У західних областях нижча представленість жінок на керівному рівні може пов'язуватися з більшою роллю традиційних поглядів на роль жіноцтва в житті суспільства, згідно яким жінки мають надавати пріоритет виконанню сімейних обов'язків, поступатися публічним життям на користь приватного. Важливим фактором у цьому регіоні є зовнішня трудова міграція, що характеризується високим рівнем фемінізованості; здебільшого міграційні переміщення формуються за рахунок найбільш активної частини жіноцтва, яка внаслідок цього не реалізує свій потенціал ані на ринку праці, ані в суспільно-політичному житті України.

Основним проявом гендерної нерівності на ринку праці виступає різниця в розмірі заробітної плати жінок і чоловіків, що спостерігається у переважній більшості країн світу²⁸. Починаючи з 2000-го року, в Україні середня заробітна плата жінок коли-

²⁸ За даними Євростата, в середньому у країнах Європейського Союзу (ЕС-27) розрив у середній заробітній платі жінок і чоловіків становив 16% в 2011 році, варіюючи від 2% у Словенії до 27% в Естонії.

Рис. 3.3.3. Співвідношення середньої заробітної плати жінок та чоловіків в Україні у 2000 – 2012 роках, %



Джерело: Державна служба статистики України

валася на рівні 70% середньої заробітної плати чоловіків; однак протягом останніх років динаміка цього співвідношення була досить суперечливою (рис. 3.3.3). Якщо до 2004 року спостерігалось повільне зростання відмінностей у рівні заробітної плати на користь чоловіків, то з 2005 році намітилася позитивна тенденція до скорочення гендерного розриву в оплаті праці, яка призвела до його історичного мінімуму в 2010 році (середня заробітна плата жінок склала 77,8% середньої заробітної плати чоловіків). У 2011 році відбувся суттєвий «стрибок» назад. Незважаючи на певну стабілізацію ситуації протягом 2012 року, коли середня заробітна плата жінок склала 77,6% середньої заробітної плати чоловіків (відповідно 2 661 проти 3 429 грн на місяць), досягнення в 2015 році цільового значення показника у 86% видається малоімовірним.

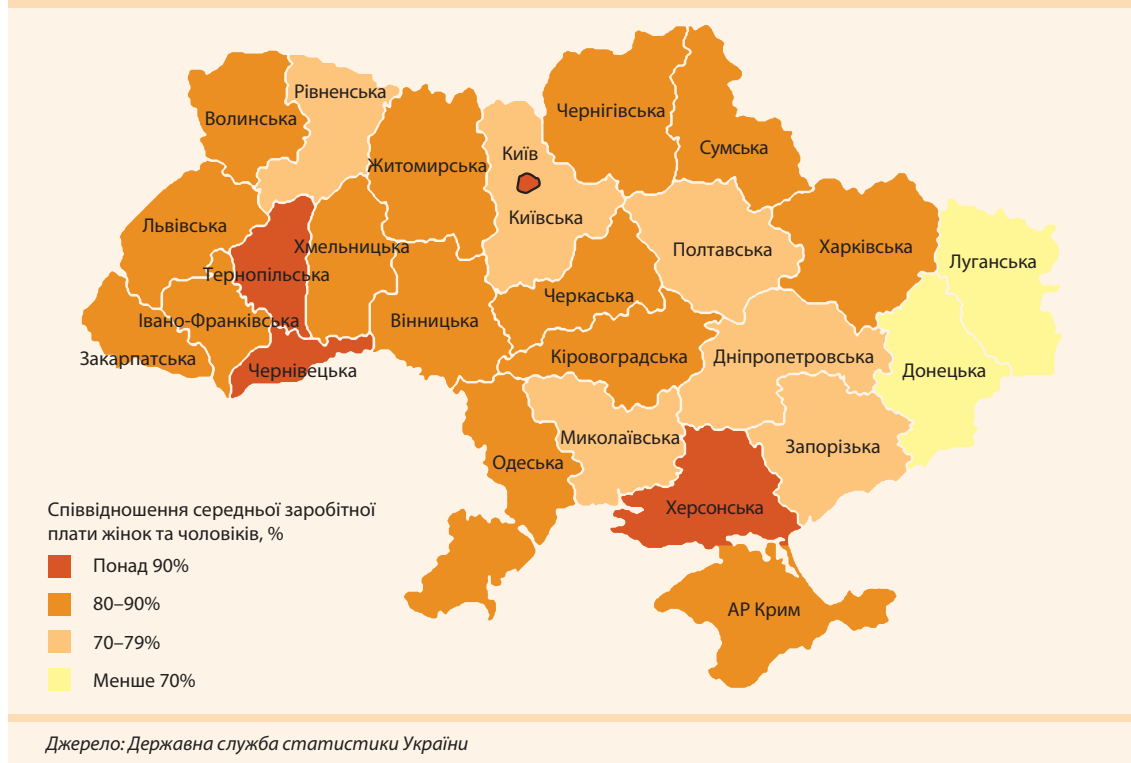
Скорочення гендерного розриву в заробітній платі було забезпечено впровадженням Єдиної тарифної сітки у бюджетній сфері у 2005 року, що привело до поступового підвищення рівня оплати праці у найбільш «фемінізованих» видах економічної діяльності, що охоплюють галузі соціальної сфери (освіту, охорону здоров'я, соціальне обслуговування, культуру тощо). Проте подальше прискорення зазначеної тенденції пов'язується з іншим чинником: у результаті фінансово-економічної кризи 2008 – 2009 років, відбулося «замороження» або навіть часткове зменшення розміру заробітних плат у більшості секторів економіки, що призвело до міжпосадового та міжгалузевого вирівнювання оплати праці працівників – як жінок, так і чоловіків. Більше того, оскільки

від кризи постраждали саме ті види економічної діяльності, де традиційно зосереджується зайнятість чоловіків (будівництво, галузі видобувної та важкої промисловості, транспорт), додатковим чинником скорочення гендерних відмінностей у зарплаті стало сповільнення темпів зростання «чоловічих» зарплат, а не прискорене зростання «жіночих».

Показово, що поступове відновлення економіки призвело до збільшення розміру гендерного розриву в 2011 році за рахунок, ймовірно, більш швидкого зростання зарплат у ринковому секторі економіки порівняно з бюджетними галузями соціальної сфери, де зосереджується зайнятість жінок. Лише після розпочатого відновлення застосування Єдиної тарифної сітки та поступового підвищення посадових окладів працівників бюджетної сфери середня заробітна плата жінок знову наблизилася до середньої заробітної плати чоловіків у 2012 році.

Ці дані підтверджують високий вплив професійної гендерної нерівності на ринку праці України на відмінності в рівнях заробітної плати жінок і чоловіків. Традиційне зосередження жіночої зайнятості в галузях соціальної сфери, що характеризуються нижчими рівнями оплати праці («горизонтальна» форма професійної сегрегації за ознакою статі), та обмежений доступ жінок до керівних посад у всіх видах економічної діяльності (відповідно, «вертикальна» форма професійної сегрегації) визначають нижчу заробітну плату порівняно з чоловіками, які переважають серед зайнятих у високооплачуваних професіях, домінують

Рис. 3.3.4. Співвідношення середньої заробітної плати жінок і чоловіків у розрізі регіонів України у 2012 році, %



серед топ-менеджерів як у приватному, так і в державному секторі.

Так, у більшості традиційно «жіночих» видів економічної діяльності середня заробітна плата жінок не надто відстає від середньої заробітної плати чоловіків. У галузях освіти, охорони здоров'я та надання соціальних послуг, де жінки становлять понад три чверті штатних працівників, середній рівень «жіночих» зарплат поступається «чоловічим» лише на 10%; більш того, у закладах дошкільної освіти середня заробітна плата жінок навіть перевищує середню заробітну плату чоловіків на 13,4%, у закладах середньої загальної освіти – на 5,2%. Це пояснюється загальним низьким рівнем оплати праці у згаданих секторах: якщо середня по Україні заробітна плата працівників становила 3026 грн на місяць у 2012 році, то у секторі освіти – відповідний показник склав лише 2527 грн, а у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги – лише 2201 грн.

Водночас у промисловому секторі спостерігається протилежна ситуація – середня заробітна плата чоловіків на 30 – 35% перевищує середню заробітну плату жінок у підгалузях видобувної промисловості, металургійному виробництві, виробни-

цтві машин та устаткування. Найбільший зарплатний гендерний розрив на користь чоловіків (54%) має місце в галузі видобування вугілля, лігніту і торфу, що вочевидь пов'язано з законодавчо встановленими обмеженнями зайнятості жінок на підземних роботах. Серед інших галузей промисловості зі значним відривом «чоловічих» зарплат – виробництво офісного устаткування та електронно-обчислювальної техніки, виробництво апаратури для радіо, телебачення та зв'язку (у яких середня заробітна плата жінок на 40% менше ніж у чоловіків). Суттєвими залишаються й гендерні відмінності в рівні оплати праці у таких високооплачуваних секторах, як фінансова діяльність (середня заробітна плата чоловіків перевищувала середню заробітну плату жінок більше, ніж на 30%) та комунікації (відповідно більше, ніж на 40%).

Регіональні диспропорції також ілюструють залежність між гендерним розривом у рівні заробітної плати та її середнім розміром. Найбільший гендерний розрив у рівні оплати праці (понад 30%) має місце в промислових областях Сходу України (рис. 3.3.4), у структурі промислового потенціалу яких переважають галузі видобувної та важкої переробної про-

мисловості, де спостерігаються низькі рівні представленості жінок на керівних посадах у системі державної служби. Із просуванням на Захід відмінності в рівні заробітної плати жінок і чоловіків скорочуються, при цьому як найнижчий по країні гендерний розрив спостерігається в Чернівецькій області (менше 7%), а також у Херсонській, Тернопільській областях та у м. Києві. Якщо в останньому випадку столичні функції міста визначають високий розвиток індустрії послуг, у якій пропонуються високі рівні оплати праці та створюються сприятливі можливості для зайнятості й просування жінок, то менший гендерний розрив в оплаті праці населення західного регіону визначається загальним низьким рівнем заробітної плати населення в умовах високого рівня безробіття, відсутності промислового потенціалу та поширення зайнятості в аграрному секторі, що має сезонний характер.

Маючи нижчий рівень доходів, жінки значно менше стикаються з вищими ризиками бідності та соціальної вразливості. Саме жінки становлять переважну більшість малозабезпеченого населення, що звертається по соціальну допомогу держави: у складі одержувачів допомоги на дітей чисельність жінок перевищує чисельність чоловіків у 1,2 раза, у складі користувачів соціальних пільг – у 1,4 раза, а серед осіб, що отримують субсидії, – у 2,1 раза. Про більшу залежність добробуту жінок від допомоги держави свідчить і гендерний розподіл особистих доходів населення²⁹: в структурі сукупних доходів чоловіків вищим є внесок доходів від зайнятості, у той час як сукупні доходи жінок більшою мірою формуються за рахунок пенсій, різних видів соціальної допомоги, допомоги від родичів тощо.

Поряд з цим жінки формують специфічні «профілі» вітчизняної бідності, серед яких – самотні літні особи (особливо віком старше 75 років), жінки з дітьми перших років життя, які здебільшого поступаються зайнятості на ринку праці на користь сімейних обов'язків. Вочевидь, ризики бідності останньої групи населення зростають у неповних сім'ях, які не отримують належної чоловічої підтримки у вихованні дітей та забезпеченні добробуту родини. Негативні прояви гендерної нерівності посилюються недостатньою ефективністю системи соціального захисту та низьким рівнем соціальних трансфертів, незадовільним розвитком соціальної інфраструктури.

Прояв гендерної нерівності в українському суспільстві має і інший аспект. Через покладання на чоловіків ролі «годувальників» родини, традиційні гендерні стереотипи «ідеального» чоловіка призводять до загострення «чоловічого» виміру медико-демографічної кризи в Україні. Надмірне психоемоційне навантаження, стреси, недостатнє поширення настанов здорового способу життя, ризиковані форми поведінки, брак суспільної безпеки – це все стає чинником помітно високої смертності чоловіків працездатного віку. Вищі показники захворюваності на соціально-небезпечні хвороби (туберкульоз, ВІЛ/СНІД), злоскісні новоутворення, що тісно пов'язані зі способом життя, висока смертність від зовнішніх чинників (травми, отруєння тощо) та самогубств залишаються важливим проявом гендерної нерівності у суспільстві. Це зумовлює необхідність комплексного підходу до розбудови та реалізації гендерної політики, яка має враховувати різні прояви гендерної нерівності у суспільстві, не зосереджуючися виключно на поліпшенні становища жінок.

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Окремі індикатори завдань у сфері гендерного розвитку засвідчили деякий прогрес у 2012 році, проте основні проблемні питання залишаються сталими та мають системний характер. Незважаючи на певну популяризацію гендерної тематики в Україні завдяки активній позиції громадських організацій, розширенню уваги засобів масової інформації, реалізації ряду соціальних проектів, спрямованих на протидію різним проявам нерівності, досі існує брак

усвідомлення та відповідного ставлення до гендерних проблем як серед широкого загалу, так і серед розробників державної гендерної політики.

Недостатність політичної волі щодо реалізації гендерних перетворень залишається базовим бар'єром у вирішенні гендерних проблем суспільства. Розпочата у 2010 році адміністративна реформа, що супроводжувалася міжвідомчою передачею інституційних повноважень щодо розробки та впровадження гендерної політики, призвела до

²⁹ За даними обстеження умов життя домогосподарств.

сповільнення реалізації гендерних ініціатив, у тому числі «замороження» чергової Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків, зниження активності з лобіювання законопроектів щодо впровадження гендерних квот у виборчому процесі. Наслідком незавершеності адміністративної реформи на регіональному рівні стало зниження інституційної спроможності механізму забезпечення гендерної рівності, послаблення координації діяльності центральних і місцевих органів управління, у тому числі ліквідація інституту гендерних радників на місцях. Хоча при Міністерстві соціальної політики було створено Експертну раду з питань розгляду звернень за фактами дискримінації за ознакою статі, доступність антидискримінаційного механізму для широкого загалу залишається недостатньою з огляду на непрозорість та невідпрацьованість процедур звернень.

Несприйняття вагомості окреслених проблем також є наслідком «живучості» традиційних гендерних стереотипів щодо розподілу соціальних ролей у суспільстві³⁰. Відтворення гендерних стереотипів посилюється й непоодинокими проявами сексизму в діяльності засобів масової інформації та рекламі, зважаючи на відсутність відповідного законодавства. Разом з цим, у країні активізується діяльність антигендерних рухів, представники яких розповсюджують недостовірну та викривлену інформацію щодо змісту політики забезпечення гендерної рівності.

Збереження високого рівня професійної гендерної сегрегації на ринку праці України зумовлює не лише відмінності у розмірі заробітків жінок і чоловіків, а й якісні характеристики їх зайнятості, її престижність та соціальний статус. При цьому чинники гендерного поділу праці мають комплексний характер, включають як об'єктивні фактори (зокрема, законодавчу заборону зайнятості жінок у певних професіях, що характеризуються небезпечними або шкідливими умовами праці), так і суб'єктивні настанови представників різних статей щодо вибору професії, які іноді «програмуються» панівними гендерними стереотипами. Існують також і чинники дискримінаційного характеру, такі як упереджене ставлення робото-

давців при працевлаштуванні або вивільненні працівників певної статі, нарахуванні заробітної плати або сприянні їх кар'єрному зростанню.

Спостерігається **недостатня правова обізнаність населення з питань гендерної дискримінації**, невміння діагностувати її прояви на робочому місці у зв'язку з низьким рівнем самоорганізації суспільства. Водночас, самі жінки подекуди демонструють занижену оцінку власних професійних якостей та схильні поступатися кар'єрними прагненнями на користь родини³¹. Так, за даними Європейського соціологічного обстеження³², в Україні частка респондентів, які вважають, що жінка має бути готовою менше працювати на оплачуваній роботі, щоб приділяти більше уваги родині, є найвищою серед країн регіону³³.

Актуальною залишається проблема **недостатнього розвитку соціально-побутової інфраструктури, системи інституційної підтримки працівників з сімейними обов'язками**. Це призводить до нерівномірного розподілу виконання домашніх обов'язків між жінками та їх чоловіками, надмірної завантаженості більшості жінок хатньою працею, що у цілому виступає стримуючим чинником їх професійного розвитку. Недостатньо сформованим у країні залишається й ринок побутових послуг, розвиток якого сприяв би скороченню «другої робочої зміни» жінок у домашньому господарстві. Потребує покращання й загальний рівень забезпечення домогосподарств базовими зручностями, особливо в сільській місцевості та у невеликих населених пунктах. Поряд з цим руйнація транспортної інфраструктури в регіонах посилює соціальне виключення сільського населення внаслідок обмеженої мобільності, ускладненого доступу не лише до центрів побутового обслуговування, а й до закладів охорони здоров'я та освіти, територіальних центрів зайнятості або соціальних послуг.

³¹ Соціологічне опитування «Дослідження участі жінок у складі робочої сили України – 2012», проведене Українським центром соціальних реформ та центром «Соціальний моніторинг» за підтримки Фонду народонаселення ООН.

³² European Sociological Survey.

³³ зокрема, з цим твердженням повністю погодилися 38% опитаних українок, у той час як у Швеції, Норвегії, Данії та Нідерландах цю позицію підтримали менше 3% опитаних жінок, а в Німеччині та Великій Британії – по 6% жінок.

³⁰ Гендерні стереотипи та ставлення громадськості до гендерних проблем в українському суспільстві, Київ, 2007 р.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Зміцнення національного механізму забезпечення гендерної рівності має принципове значення для успішної реалізації гендерних перетворень у суспільстві, включаючи як вдосконалення законодавчого та інституційного середовища, так і розвиток відповідних консультативно-дорадчих органів, підтримку діяльності громадських організацій. Для успішної реалізації гендерних перетворень необхідне має остаточне ухвалення програмних документів, що покликані сприяти просуванню гендерної рівності в суспільстві, та забезпечення достатнього фінансування передбачених заходів. В Україні є експерти, освітяни, громадські активісти та правозахисники, які працюють над питаннями гендерної рівності, і яких можна долучити до розробки ефективної та дієвої гендерної політики. Нарешті, існує потреба у вдосконаленні статистичного забезпечення моніторингу й оцінки прогресу в сфері вирішення гендерних проблем. Це охоплює як регулярний перегляд системи відповідних індикаторів, так і розширення переліку гендерно дезагредованих даних, що узагальнюються державними органами статистики та використовуються для обґрунтування програмних рішень і спрямування інвестицій.

Розширення участі жінок у прийнятті рішень залишається важливим пріоритетом не лише в контексті дотримання принципів демократичного врядування, а й з позиції розширення можливостей та повноважень жінок у інших сферах життя. Зокрема, досягнення паритетного представництва жінок і чоловіків на вищих рівнях державного управління матиме принципове значення й для запуску «ланцюгової» реакції з розширення участі жінок у топ-менеджменті приватного сектору економіки та зміцненні їх економічних повноважень. Вочевидь, в умовах поширення чоловічої корпоративної практики існує потреба в тимчасових заходах позитивної дискримінації, тобто прямої підтримки жіночих кандидатур у представницьких та виконавчих органах влади. Це може охоплювати впровадження гендерних квот при формуванні виборчих списків політичних партій або встановлення цільових відсоткових завдань щодо участі представників обох статей на керівних посадах. Зважаючи на значну присутність жінок у складі кваліфікованого кадрового резерву державної служби, активну позицію громадських організацій та підтримку міжнародних експертів у просу-

ванні цього завдання, його вирішення наразі безпосередньо залежить від політичної волі парламентарів та підтримки урядовців. Важливе значення мають дії непрямого впливу, що сприятимуть як активізації кар'єрних прагнень самих жінок, так і дотриманню гендерно-чутливої кадрової політики в організаціях різної форми власності. Відповідні заходи повинні мати державну підтримку та включати системну пропаганду кращих практик з міжнародного досвіду щодо забезпечення гендерного паритету у сфері прийняття рішень, популяризацію прикладів успішних жінок (підтримка спеціальних інформаційних видань, створення циклів програм та публікацій у засобах мас-медіа), організацію конкурсів кращих керівників або компаній, що дотримуються принципу гендерної рівності в кадровій політиці тощо.

Політика у сфері зайнятості та оплати праці має підпорядковуватися завданням реструктуризації зайнятості населення – як у гендерному аспекті (підвищення престижу та рівня оплати праці в традиційно «жіночих» професіях з метою поступового «переливання» до них чоловіків), так і в інноваційному вимірі (загальне скорочення робочих місць, що потребують фізичної праці, характеризуються шкідливими умовами праці та високим рівнем травматизму, на користь створення нових робочих місць знаннєво-інформаційного характеру, розвитку сектору послуг). Це дозволить забезпечити не лише модернізацію вітчизняної економіки, а й пом'якшення гендерної нерівності у сфері зайнятості населення. Поряд з цим системне підвищення рівня оплати праці в бюджетній сфері приведе до скорочення рівня міжсекторальної диференціації заробітної плати, а отже – до зменшення відповідного впливу на формування гендерного розриву у рівні доходів.

Адвокативна робота з працедавцями з метою заохочення їх до недискримінаційного ставлення до працівників та створення більш сприятливих умов зайнятості для осіб із сімейними обов'язками має бути посилена. Для поєднання професійних та сімейних пріоритетів працівників доцільно розвивати дистанційні форми зайнятості та надомництва, забезпечувати можливість вибору гнучкого графіку робочого часу або часткової зайнятості. Незважаючи на надання вітчизняним законодавством можливості відпустки по догляду за дитиною

до трьох років для чоловіків, така практика залишається малоприйнятною і для більшості роботодавців, і для самих працівників. Проте, як показує досвід скандинавських країн, саме політика розширення залучення чоловіків до батьківства та вирівнювання розподілу сімейних зобов'язань є найбільш перспективним напрямом не лише просування гендерної рівності в суспільстві, а й підвищення рівня народжуваності.

Заходи соціальної політики мають забезпечувати адресну соціальну підтримку вразливим групам населення, оскільки певні профілі малозабезпеченості в Україні мають чітко виражений гендерний вимір, а нижчий розмір особистих доходів жінок визначає вищу залежність їх добробуту від «щедрості» соціальних гарантій держави. Саме з позицій жінок актуалізується також необхідність переходу до проактивного типу соціальної політики, тобто стимулювання населення щодо пошуку виходу зі стану нужденності власними силами, зважаючи на пасивнішу поведінку у пошуку нових робочих місць та більшу залежність від допомоги державних служб зайнятості, що підтверджується даними про безробіття.

Не втрачає свого значення й **подальший розвиток соціальної інфраструктури**, а саме – підвищення доступності медичних та освітніх закладів, територіальних центрів соціального та побутового обслуговування населення, оскільки обсяги домашньої праці в українському суспільстві залишаються суттєво вищими порівняно з досвідом європейських країн. Саме сімейні зобов'язання, що пов'язуються не лише з материнством та вихованням дітей, а і з піклуванням та доглядом за непрацездатними членами родини (хворими, інвалідами або особами похилого віку), веденням домашнього господарства, виступають основним обмежую-

чим чинником суспільної реалізації жінок. Першочергове значення для працюючих жінок з дітьми мають проблеми відсутності дошкільних закладів у сільській місцевості та їх надмірної завантаженості в містах, що ускладнюються недостатнім забезпеченням фінансовими ресурсами та кваліфікованим персоналом. Тому вирішення цієї проблеми потребуватиме як безпосереднього розширення мережі дошкільних закладів державної та комунальної форми власності, так і субсидування розвитку приватних дитячих садків, у тому числі впровадження в сільській місцевості дитячих садків сімейного типу.

Нарешті, будь-які заходи гендерної політики залишатимуться малоефективними за умови відсутності змін у суспільній думці, трансформації загального ставлення населення до гендерних проблем. Саме тому **подолання гендерних стереотипів щодо розподілу соціальних ролей** є найбільш важливим, однак і найбільш складним завданням, що потребуватиме тривалої та системної діяльності. Ключовими напрями в цій сфері мають стати реалізація інформаційно-просвітницьких кампаній з цільовими групами (державні службовці, освітяни, працівники мас-медіа) та впровадження масштабної соціальної реклами для широкого загалу, що мають підпорядковуватись ідеям вирівнювання гендерних ролей у суспільстві, заохочення більшого залучення чоловіків до виконання сімейних та батьківських обов'язків, подолання проявів сексизму та дискримінаційного ставлення в інформаційному просторі. Важливе значення має розширення практики включення гендерного компонента до освітніх програм навчальних закладів, оскільки саме на цьому рівні можна найбільш ефективно закласти розуміння принципів гендерної рівності у свідомості молоді.



ЦІЛЬ 4
ЗМЕНШЕННЯ
ДИТЯЧОЇ СМЕРТНОСТІ

Охорона здоров'я дітей є невід'ємною складовою системи охорони здоров'я, результати діяльності якої значною мірою зумовлюють перспективи подальшого розвитку суспільства. Рівень дитячої смертності є одним з найважливіших показників здоров'я населення, який віддзеркалює рівень життя населення, освіти та культури суспільства, насамперед молоді, стан довкілля та дієвість системи охорони здоров'я тощо. Завдання поліпшення здоров'я дітей не обмежуються безпосередньо медичною сферою. До їх виконання залучаються також соціальні служби, освітні та виховні заклади, засоби масової інформації, неурядові організації.

ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 4.А: Зменшити рівень смертності дітей віком до 5 років на чверть	4.1. Рівень смертності дітей віком до 5 років, кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими 4.2. Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 4.1. Рівень смертності дітей віком до 5 років, кількість померлих дітей відповідного віку на 1000 народжених живими													
15,6	14,9	13,5	12,9	12,4	12,9	12,4	13,6	12,2	11,3	11,0	10,7	10,2	11,0
Індикатор 4.2. Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими													
11,9	11,3	10,3	9,6	9,5	10,0	9,8	11,0	10,0	9,4	9,1	9,0	8,4	9,3

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України до 2012 року та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

За період 2000 – 2012 років вдалося досягти помітних успіхів на шляху досягнення цілі. Зокрема, за результатами аналізу динаміки показників дитячої смертності з урахуванням державної політики у сфері охорони здоров'я реальним є не лише досягнення цілі, а й перевищення цільових показників 2015 року. Позитивній динаміці сприяли поліпшення економічної ситуації, зменшення масштабів абсолютної бідності, певна стабілізація соціальних процесів і цілеспрямована діяльність закладів сфери охорони здоров'я, соціальної сфери щодо збереження життя найменших громадян. Наразі зменшення дитячої смертності спостерігається на фоні достатньо складної соціально-економічної ситуації в країні, тому можна стверджувати, що в Україні відбулися зміни у суспільній свідомості. Більше того, становлення громадянського суспільства характеризується змінами у системі цінностей, серед яких життя дитини є найвищою, та формуванням у молоді більш відповідального ставлення до батьківства.

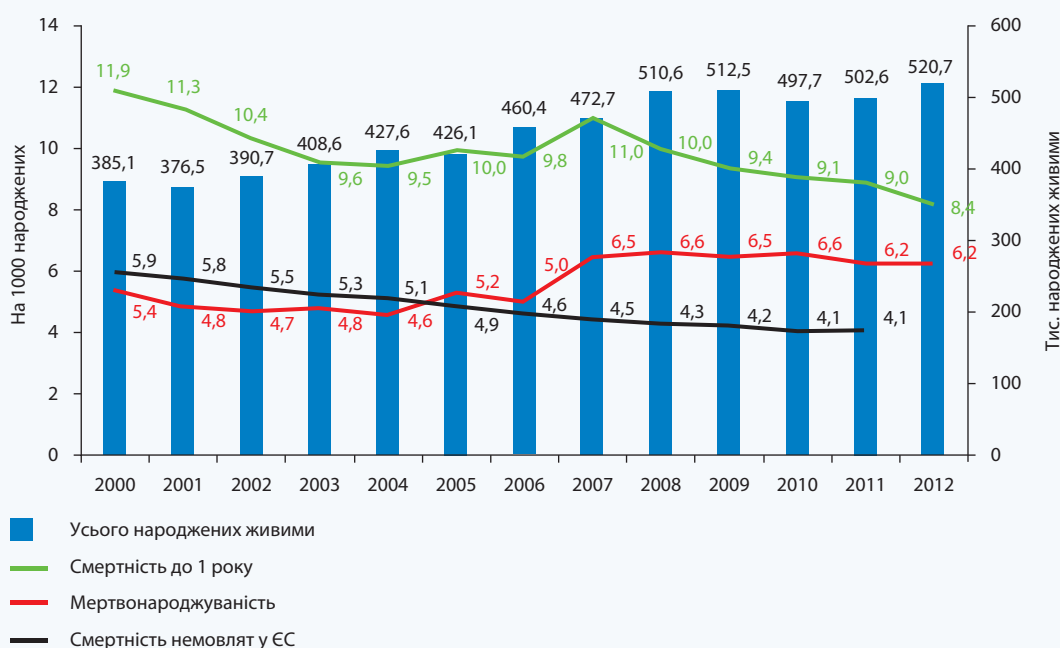
СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Тенденції показників дитячої смертності. За 2000 – 2012 роки дитяча смертність (смертність немовлят (0–1 років) та дітей віком до 5 років) помітно знизилась. До 2007 року зниження мало хвилюватий характер, але починаючи з 2008 року динаміка показників дитячої смертності демонструє сталу тенденцію до зниження. Коливання показників було спричинено як об'єктивними чинниками (загальними змінами якості життя населення, зокрема доступності послуг охорони здоров'я, рівня доходів сімей, якості житлово-побутових умов тощо), так і змінами методики реєстрації й обліку народжень і смертей. Незначне підвищення рівня

показників дитячої смертності у 2007 році відбулося у зв'язку з переходом України на нові стандарти щодо визначення критеріїв перинатального періоду, живонароджуваності та мертвонароджуваності. З 2008 року показники дитячої смертності відновили тенденцію до зниження, проте рівень мертвонароджуваності протягом останніх років практично не змінився.

Починаючи з 2010 року став помітним прогрес на шляху досягнення цілі: фактичні показники перевищили очікувані значення 2015 року (11,0 та 9,3 відповідно). У 2012 році в Україні зареєстровано рекордно низьку за

Рис. 3.4.1. Динаміка показників кількості народжених живими, смертності немовлят і мертвонароджуваності у 2000 – 2012 роках



Джерело: ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» та розрахунки ІДСД

останні 20 років смертність дітей віком до 1 року – 8,4 випадка на 1 тис. народжених живими (рис. 3.4.1).

Позитивну динаміку показників дитячої смертності було забезпечено завдяки впровадженню заходів Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року, Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року та Концепції подальшого розвитку перинаталь-

ної допомоги. У 2011 році в Україні було проведено оцінку якості стаціонарної допомоги матерям та новонародженим із застосуванням сучасного інструментарію ВООЗ, яка урахується у процесі реформування системи охорони здоров'я та медичного догляду. Питання проведення уніфікованої та об'єктивної оцінки якості перинатальної допомоги, визначення ключових аспектів надання медичної допомоги при вагітності, під час пологів і в ранньому неонатальному періоді, які вимагають поліпшення, а також визначення пріоритетних

Вставка 3.4.1. Перехід до трирівневої перинатальної допомоги в Україні

Зобов'язання щодо виконання завдань ЦРТ зумовили необхідність реформування існуючої системи перинатальної допомоги в Україні для забезпечення її доступності усім категоріям населення відповідно до складності випадку. Розвиток перинатальної допомоги в Україні, яка складається з акушерської та неонатальної, відбувається з урахуванням глобальних змін у підходах та стандартах підвищення якості перинатальної допомоги. До початку реорганізації системи перинатальної допомоги в Україні протягом 2009–2010 років медичну допомогу вагітним і породіллям надавали у багатьох акушерсько-гінекологічних закладах (у 87 пологових будинках, у пологових відділеннях 8 обласних лікарень, у пологових відділеннях 99 міських багатoproфільних лікарень, у пологових відділеннях 470 центральних районних та районних лікарень, на пологових ліжках 8 дільничних лікарень у переважно гірських районах). Амбулаторна допомога надавалась у 494 жіночих консультаціях, у 1223 акушерсько-гінекологічних відділеннях (кабінетах) амбулаторно-поліклінічних закладів, у 107 центрах (кабінетах) планування сім'ї та у 92 кабінетах медичної генетики.

Реформування спрямовано на перехід до трирівневої системи надання перинатальної допомоги. Як і в попередні роки, перинатальну допомогу поділяють на амбулаторну та стаціонарну.

До закладів перинатальної допомоги I рівня (базова допомога) належать центри первинної медико-санітарної допомоги (сімейні лікарі): передбачається надання певного обсягу акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам, у тому числі під час нормального перебігу вагітності лікарем загальної практики – сімейним лікарем. Жіночі консультації надаватимуть консультативну допомогу вагітним та організаційно-методичну підтримку сімейним лікарям на первинному рівні.

На II рівні надання медичної допомоги передбачається створення міжрайонних акушерських відділень у центральних районних лікарнях з кількістю пологів не менше 400 на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км, у складі яких є відділення анестезіології й інтенсивної терапії. Окрім того, до закладів II рівня віднесено міські пологові будинки та міжрайонні перинатальні центри, створені на базі міських пологових будинків або багатoproфільних лікарень з кількістю пологів 1500 і більше на рік та радіусом обслуговування також не більше 60 км, які мають у своєму складі відділення акушерської реанімації та інтенсивної терапії новонароджених.

До закладів III рівня надання медичної допомоги належать: обласний перинатальний центр або його структурно-функціональна модель, акушерське відділення обласної лікарні та неонатологічні відділення дитячих обласних лікарень (або багатoproфільних міських дитячих лікарень) та науково-дослідні інститути.

Перинатальний центр III рівня – це лікувальний заклад високого рівня, своєрідна «верхівка» вертикалі надання медичної допомоги матерям і дітям у регіоні, тобто він є не лише лікувальним закладом, а ще й організаційно-методичним центром. Завдання місцевої влади – забезпечити жінкам із найвіддаленіших куточків можливість дістатися до перинатального центру.

заходів перебувають у центрі уваги державної політики, оскільки структура смертності дітей до року в Україні не змінюється (більше половини випадків становлять стани, що виникають у перинатальному періоді).

Розвиток системи перинатальної допомоги.

В Україні відбувається перехід до трирівневої системи надання перинатальної допомоги: I рівень – це центри первинної медико-санітарної допомоги, пологові відділення центральних районних лікарень, дільничних і районних лікарень; II рівень – поліклініки міських лікарень, жіночі консультації міських лікарень, міські пологові будинки та перинатальні центри II рівня; III рівень – виключно перинатальні центри III рівня та науково-дослідні інститути. У рамках Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» передбачається створення мережі 27-ми перинатальних центрів по всій країні на засадах об'єднання діяльності акушерської, неонатальної та педіатричної служб. Наразі вже створено одинадцять перинатальних центрів, де народилися понад 35 тис. дітей, триває робота з відкриття ще дев'яти. В Україні уперше у системі перинатальної допомоги створено замкнений цикл надання допомоги (тобто в одному закладі охорони здоров'я допомога надається жінкам з високим і середнім ризиком для вагітності, майбутнім матерям та новонародженим дітям).

Підтримка грудного вигодовування. Важливе місце у створенні умов для покращання здоров'я немовлят відводиться грудному вигодовуванню. Впровадження програми «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006 – 2010 роки» надало змогу суттєво підвищити рівень інформованості населення щодо переваг грудного вигодовування немовлят, здійснювати підготовку вагітних жінок до грудного вигодовування новонародженої дитини, створити систему підготовки спеціалістів з питань вигодовування, сформувати мережу «лікарень, доброзичливих до дитини»³⁴. Наразі збільшено кількість новонароджених, виписаних з акушерського стаціонару на виключно грудному вигодовуванні з 92,1% у 2006 році до 94,7% – у 2012 році. До 6 місяців на грудному вигодовуванні перебуває 63,7% немовлят (у 2006 році – 23,7%), а до 12 місяців і більше – 27,9% (у 2006 році – 10,5%)³⁵.

Основні причини дитячої смертності. Незважаючи на досягнуті успіхи, рівень смертності немовлят в Україні поки що більше ніж удвічі вищий за середньоєвропейський. У структурі дитячої смертності дітей віком до 1 року в Україні перинатальна смертність посідає перше місце, на другому – смертність внаслідок уроджених аномалій, потім слідує смертність від зовнішніх причин, від хвороб нервової системи та хвороб органів дихання.

У структурі причин смерті немовлят майже 53% становлять «окремі стани, що виникають у перинатальному періоді». У 2010 році за даними ВООЗ показник перинатальної смертності в Україні перевищував середній по країнах ЄС рівень у 1,4 раза. Понад 30 – 40% випадків перинатальної патології та смертності пов'язані або зумовлені передчасними пологами. Невиношуванням закінчується кожна десята вагітність. Прямі репродуктивні втрати від невиношуваної вагітності щороку становлять 36 – 40 тис. ненароджених бажаних дітей. Залишається значною частка немовлят, причина смерті яких медичними працівниками не була встановлена (4%). Серед чинників перинатального ризику експерти розрізняють три групи: по-перше, соціальні та поведінкові (соціальна ізоляція або відсутність соціальної підтримки; відсутність житла; небажана вагітність; відсутність чоловіка; юний вік; насильство у родині; вживання алкоголю та / або наркотичних речовин; куріння; випадкові сексуальні зв'язки тощо); по-друге, соціально-економічні (безробіття, низька заробітна плата; бідність тощо); по-третє, порушення загального та репродуктивного здоров'я.

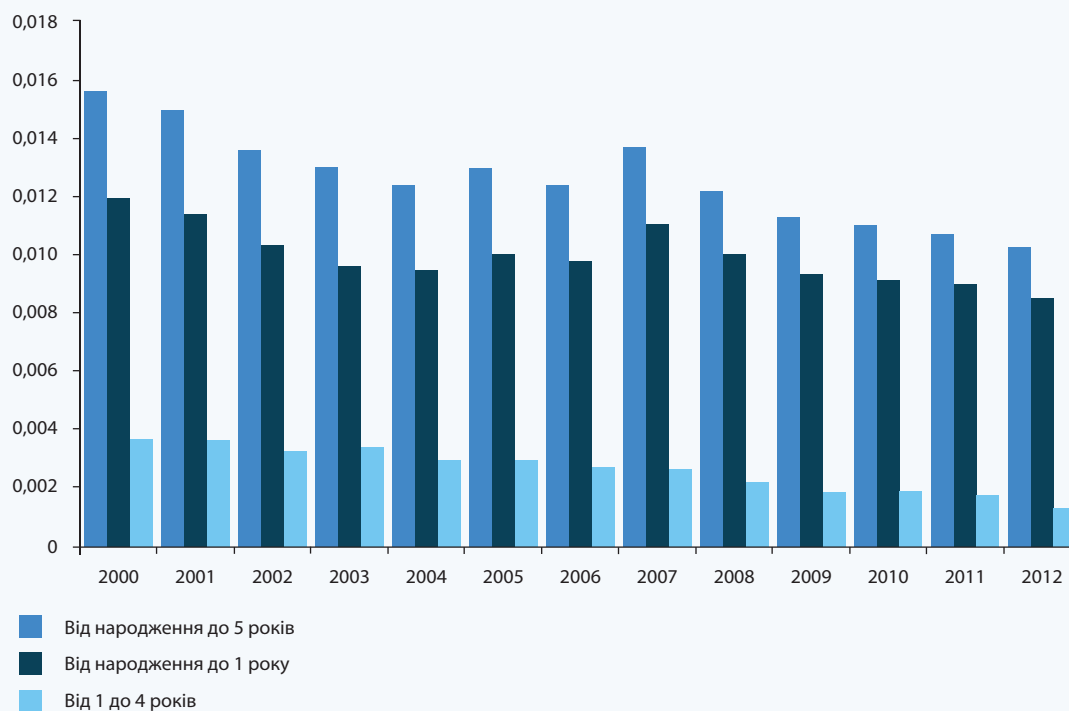
Смертність немовлят в Україні є визначальною у формуванні смертності дітей до 5 років. Ймовірність померти різко зменшується після досягнення дитиною однорічного віку (рис. 3.4.2). Вважається, що рівень смертності дітей віком 1 – 4 роки є порівняно незалежним від ризиків передпологового, пологового та післяпологового періодів і відображає недостатність харчування або ж інших оптимальних умов життя протягом перших 1 – 1,5 років життя, а тому може бути чутливим індикатором соціально-економічного розвитку та рівня медичного обслуговування.

Однією з основних причин втрат дітей віком до 5 років є збільшення рівня захворюваності на новоутворення. Смертність дітей від злоякісних новоутворень посідає сьоме місце у структурі дитячої смертності. За даними МОЗ України, щорічно реєструється від 1000 до

³⁴ За даними Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

³⁵ За даними Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

Рис. 3.4.2. Імовірність померти у дитячому віці у 2000 – 2012 роках



Джерело: розрахунки ІДСД

1200 нових випадків онкологічних захворювань у дітей. У 2012 році на обліку в закладах охорони здоров'я перебувало 5860 дітей (показник становить 73,5 на 100 тис. дитячого населення віком 0 – 17 років).

Стан імунізацій. Важливим чинником, що негативно впливає на рівень дитячої смертності, є недостатня імунізація. Інфекційні хвороби залишаються однією з основних причин інвалідності та смертності населення в усьому світі. В Україні рутинна вакцинація проводиться проти 10 інфекційних захворювань. Спільними інфекційними хворобами, для профілактики яких проводяться щеплення в Україні, є кашлюк, дифтерія, правець, поліомієліт, Hib-інфекція, кір, краснуха, епідемічний паротит. Позитивною є динаміка рівня охоплення щепленнями дітей першого року життя проти дифтерії, кашлюку, правця (його зростання у 2012 році порівняно з 2011 роком склало 30%), проти кору, паротиту, краснухи – 12%, проти поліомієліту – 20%. Для подальшого вдосконалення імунізації в Україні необхідно забезпечити фінансування, підготовку фахівців, інформаційний супровід програм імунізації та процесу щеплення, наявність лабораторних можливостей для забезпечення контролю якості вакцин.

Моніторинг стану здоров'я матері та дитини.

Понад 90% жінок з ранніх строків вагітності перебувають на диспансерному обліку³⁶. Слід зазначити, що більше половини українських жінок мають розлади здоров'я. Так, з кожних 100 жінок, що перебували у 2012 році під наглядом жіночих консультацій під час вагітності, анемію зареєстровано у 25 осіб. У розвинених країнах спостерігають збільшення дострокових пологів та кількості новонароджених з недостатньою вагою. Частково це пояснюється значною кількістю жінок, які народжують дитину у віці 35 років і більше. У багатьох країнах пік народжуваності припадає на 30 – 32 роки, швидко зростає народжуваність у віці 40 і більше років. В Україні також спостерігається стрімке підвищення народжуваності в групі матерів віком 35 – 39 років, який характеризується підвищеним ризиком несприятливого закінчення вагітності.

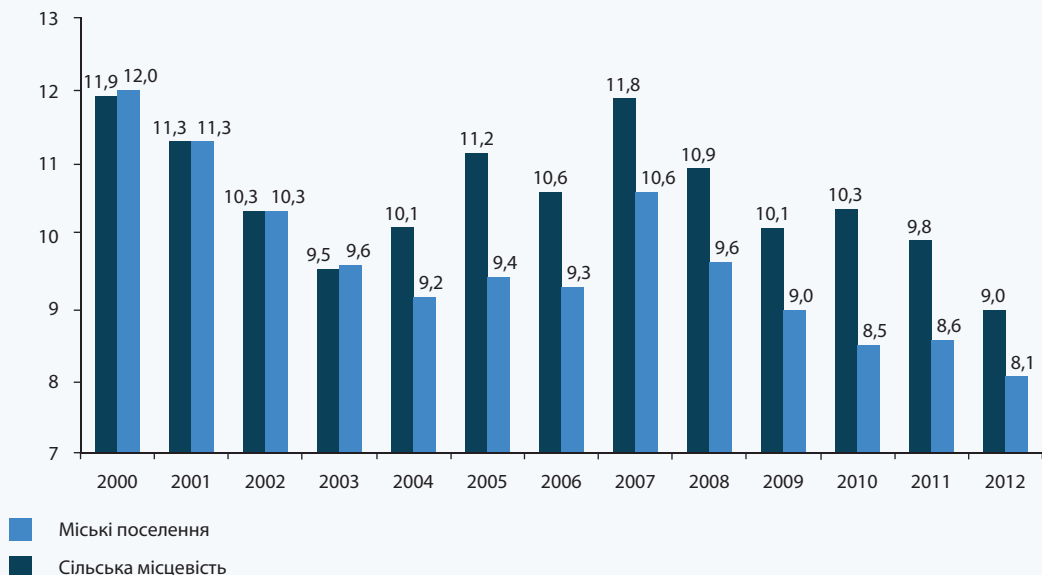
Регіональні та територіальні відмінності за рівнями смертності немовлят. Рівень смертності немовлят має суттєві регіональні відмінності: у 2012 найнижче значення показ-

³⁶ Згідно з Наказом МОЗ від 15.07.2011р. № 417 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», оптимальна кількість візитів вагітної жінки до фахівця за період спостереження на допологовому етапі становить в середньому сім – дев'ять разів.

Рис. 3.4.3. Смертність немовлят у розрізі регіонів України у 2000 та у 2012 роках



Рис. 3.4.4. Динаміка смертності немовлят у розрізі типу поселення у 2000–2012 роках



ника (5,1 на території Севастопольської міськради) було меншим у 2,5 раза за його найвище значення (12,6 у Донецькій області). У 2000 році ця різниця становила 1,9 раза

(рис. 3.4.3). Відхилення від середнього по країні рівня у бік зменшення спостерігається у 17 регіонах; відповідно, у бік збільшення – у 10 регіонах.

Вставка 3.4.2. Приклади невідповідності статистичних даних

Заходи з виконання завдання зменшення дитячої смертності сприяли забезпеченню позитивної динаміки та надало додаткового імпульсу боротьбі за збереження нових поколінь. Проте інколи проявляються ознаки рецидивів застарілої хвороби ще радянського періоду – намагання «прикрасити» цифри, видаючи бажане за дійсність. З переходом у 2007 році на міжнародні стандарти реєстрації живих народжень посилилася тенденція до штучного заниження показника дитячої смертності. В Україні в 2010 році немовлята з низькою вагою тіла у структурі народжених живими та мертвими становили менше одного відсотка (500–999 г – 0,34%; 500 – 1499 – 0,59%)³⁷, тоді як за даними ВООЗ обидві вагові категорії мали бути представлені частками у межах 1 – 1,5%. Наявна невідповідність може бути спричинена як недотриманням вимог до зважування, так і свідомим заниженням ваги у новонароджених, які не вижили, *post factum*.

Соціальні аспекти зниження рівня дитячої смертності. Позитивний вплив на досягнення цілі має реалізація державного соціального проекту щодо створення мережі «Центрів матері і дитини», яка налічує 19 центрів з перспективою доведення їх кількості до 27 (передбачається створення принаймні одного центру у кожній області). Ці соціальні заклади призначені для тимчасового проживання жінок на сьомому – дев'ятому місяцях вагітності та матерів з дітьми від народження до 18 місяців, які опинились у складних життєвих обставинах. Такі центри безоплатно надають жінкам підтримку, насамперед психологічну, та допомогу щодо харчування та здобуття навичок самостійного життя матері з дитиною, послуги щодо захисту їх прав та інтересів та сприяння здобуттю освіти, фаху. Діяльність центрів спрямовано на запобігання ризикам відмови матерів від дитини у поло-

говому будинку та загрозам здоров'ю та життю дитини.

Помітні відмінності між показниками дитячої смертності у місті й селі виникли у 2004 році, наразі ця тенденція зберігається (рис. 3.4.4). За оцінками експертів, до 2004 року у сільській місцевості мав місце недооблік, який пізніше було виправлено. Показник смертності дітей віком 1 – 4 роки у 2012 році у сільській місцевості становив 56,7 проти 36,6 на 100 тис. осіб у місті. У 2011 році з кожних десяти тисяч міських річних немовлят не мали шансів дожити до 5 років 15 дітей, а з сільських – 23 дитини³⁸. У цьому віці головними причинами смерті є зовнішні. За даними Держстату України, у 2012 році від зовнішніх причин загинула майже кожна третя дитина з числа померлих (293 з 863 смертей дітей віком від року до п'яти). Абсолютної більшості цих смертей можна було уникнути за умови належного догляду за дитиною.

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Недостатнім залишається кадрове забезпечення закладів системи охорони здоров'я лікарями неонатологами, анестезіологами у більшості областей України. Незважаючи на достатній рівень укомплектованості лікарями акушерами-гінекологами, більшість їх сконцентрована у міських закладах охорони здоров'я. Відповідної уваги потребує підготовка фахівців з надання допомоги при невідкладних станах в акушерстві та неонатології. Найбільш гострою є проблема з забезпеченням лікарями первинної ланки.

У результаті реформування системи охорони здоров'я медичну допомогу як дорослому, так і дитячому населенню надаватимуть лікарі первинної ланки (сімейні лікарі). Але на сьогодні в Україні зберігається нерівний (а в деяких регіонах – вкрай низький) доступ до первинної медико-санітарної допомоги за рахунок фізичної відсутності лікарських амбулаторій та лікарів. Відмінність у забезпеченості амбулаторіями сільського населення сягає трьох разів, а міського – навіть 10 – 20 разів. Крім того, у країні з кожним роком поглиблюється кадровий дефіцит медичної галузі. Наразі неуккомплектовано понад 20 тисяч лікарських посад, з них третина у закладах охорони здоров'я сільської місцевості та у первинній ланці. Ситуація

³⁷ Моніторинг стану здоров'я матері та дитини, МОЗ України, ДЗ Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, Київ, 2011 р.

³⁸ Розрахунки ІДСД.

ускладнюється ще й тим, що у галузі працює майже 50 тисяч лікарів пенсійного та глибокопенсійного віку, що створює прихований дефіцит лікарських кадрів.

Недосконала система збирання та оцінки необхідної інформації (відсутність комп'ютерної інформаційної системи за найбільш важливими перинатальними показниками та категоріями пацієнтів), що призводить до того, що достовірні статистичні дані не використовуються для прийняття рішень щодо поліпшення організації та якості медичної допомоги. Нагальною потребою є зміна підходів до забезпечення достовірності статистичних даних про рівень перинатальної смертності та смертності немовлят, а також виживаності дітей з дуже низькою масою. Однією з причин приховування реального рівня смертності та захворюваності, а також реєстрації ускладнень, є існуюча система аналізу перинатальної та материнської смертності з неминучим покаранням медпрацівника, «який припустив» розвиток ускладнень або загибель пацієнта. Система покарання створює передумови для поширення випадків приховування реальних обставин, які призвели до розвитку смертей матерів і новонароджених, що унеможлиблює їх вивчення та винесення уроків з аналізу ситуації. Без цього неможливо розробити дієві рекомендації для запобігання смертельним випадкам.

Відсутність культури систематичного використання стандартів і протоколів для поліпшення медичної практики. Як у педіатрії, так і в перинатології іноді має місце недотримання загальноприйнятих, передбачених

існуючими в країні національними протоколами, критеріями діагностики та лікування. Багато з рекомендацій національних протоколів не відповідають сучасному рівню знань і доказів. Іноді застосовуються препарати з недоведеною ефективністю та безпекою, що може не лише негативно впливати на перебіг захворювання та результати лікування, але й мати віддалені ускладнення.

Знання та навички батьків щодо впливу здорового способу життя, догляду, харчування та розвитку дітей є недостатніми. Саме з цих причин в Україні рівень виключно грудного вигодовування залишається одним із найнижчих у європейському регіоні. Відсутня культура, особливо серед соціально незахищених верст населення, дотримання принципів здорового способу життя й безпечної життєдіяльності, виконання звичайних санітарно-гігієнічних правил і нескладних профілактичних заходів, що дозволяє зберегти здоров'я, народити й виростити здорових дітей (насамперед це стосується бідних багатодітних сімей).

Недооціненим є вплив екологічних чинників на стан здоров'я дитячого населення. Забруднення довкілля, насамперед промислових зон, зумовлює значне зростання захворюваності (особливо на онкологічні та пульмологічні хвороби) та смертності. Сучасна екологічна ситуація у великих промислових містах України характеризується негативним впливом хімічних речовин, серед яких переважають важкі метали. Надмірне надходження та накопичення важких металів в організмі призводить до порушення його функціонального стану.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Забезпечення системного підходу та наявність політичної волі до збереження темпів зменшення дитячої смертності є надзвичайно важливими для досягнення цієї цілі. Подальше впровадження Національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства», реалізація Державних програм «Репродуктивне здоров'я нації», «Імунопрофілактика та захист населення від інфекційних хвороб», виконання Національного плану дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини мають забезпечити наближення показників дитячої смертності до середньоєвропейських. Крім того, важливим є прийняття Державної програми «Здоров'я – 2020: український вимір»,

окремі розділи якої охоплюють питання турботи про здоров'я дітей і молоді; популяризації здорового способу життя, удосконалення перинатальної допомоги тощо. Ця Програма слугуватиме підґрунтям для реалізації цілісної програми збереження здоров'я нації.

Удосконалення педіатричної та перинатальної допомоги вимагає **покращання системи моніторингу й оцінки статистичної інформації, забезпечення збирання реальних даних щодо захворюваності, смертності та виживання немовлят та дітей.** Необхідно скасувати існуючу систему покарання і впровадити конфіденційні та анонімні методи аудиту, засновані на методології ВООЗ «Що

криється за цифрами». Подальше розроблення рекомендацій щодо поліпшення клінічної практики та організації медичної допомоги має базуватися виключно на об'єктивних даних оцінки й аудиту.

Для забезпечення рівного доступу дитячого населення до якісних медичних послуг необхідними є інституційні зміни та реформування галузі охорони здоров'я в цілому. Нагальним завданням є усунення кадрових диспропорцій як між видами медичної допомоги, так і між медичними закладами сільських та міських територій. Потрібно збільшити обсяги державного замовлення на підготовку лікарів первинної ланки; підвищити роль і рівень залучення середнього персоналу до процесу надання та аналізу якості медичної допомоги як в педіатрії, так і в перинатології; підвищити вимоги до кваліфікації сімейних лікарів та медсестер, переглянути програму до- та післядипломного навчання сімейних лікарів, неонатологів, акушерок (з упровадженням вивчення заснованих на доказах, ефективних перинатальних технологій, рекомендованих національними протоколами).

Упровадження сучасних методів діагностики і лікування, удосконалення підходів до забезпечення онкологічних (гематологічних) відділень обладнанням та медикаментами впливатиме на виконання завдань. Забезпечення пологових будинків необхідними реактивами та обладнанням сприятиме зниженню ризиків смертності новонароджених дітей. Централізована закупівля імунобіологічних препаратів для проведення імунопрофілактики населення (особливо дитячого населення) також є надзвичайно важливим чинником впливу на збереження здоров'я дітей.

Покращання медичного обслуговування, профілактики, забезпечення раннього виявлення та своєчасного лікування екстрагенітальної патології у дівчаток до 17 років і жінок фертильного віку є нагальним завданням, вирішення якого забезпечить стійке зменшення дитячої смертності. Необхідно розробити та впровадити заходи щодо турботи про здоров'я дівчат – підлітків та жінок фертильного віку³⁹, а також щодо покращання

медичного обслуговування вагітних у жіночих консультаціях та акушерських стаціонарах під час пологів. Рівень постнеонатальної смертності новонароджених з масою тіла при народженні більше 1500 г залежить, переважно, від якості надання медичної допомоги в неонатологічних стаціонарах щодо виходжування здорових дітей та лікування хворих⁴⁰. Для зниження рівня перинатальної смертності необхідно першочергово увагу приділяти розробленню системних і комплексних реформ системи охорони здоров'я в цілому та заходам, спрямованим на покращання здоров'я матерів.

У напрямі підвищення культури систематичного використання стандартів і протоколів для поліпшення медичної практики необхідно періодично переглядати існуючі та розробляти нові національні керівництва та протоколи з більш активним залученням професійних асоціацій в цей процес. Слід доопрацювати та спростити процедуру й методологію прийняття та впровадження національних посібників і протоколів. Важливим є забезпечення доступності та своєчасності надходження протоколів до лікарів, що, разом із застосуванням телемедицини, надасть змогу забезпечити рівний доступ дитячого населення до якісних послуг з охорони здоров'я незалежно від місця проживання.

Оздоровлення дитячого населення вимагає розроблення заходів для забезпечення своєчасного та достатнього фінансування процесу оздоровлення й відпочинку дітей, які потребують особливої соціальної уваги та підтримки, а також дітей, які потребують особливих умов для оздоровлення. Найвища захворюваність реєструється у віковій групі дітей шкільного віку (наразі лише 7% школярів України вважаються повністю здоровими). Завдання відновлення та зміцнення здоров'я дітей вимагає заходів, спрямованих на: подолання негативної динаміки зменшення кількості стаціонарних дитячих закладів оздоровлення та неналежного їх використання; унеможливлення перепрофілювання таких закладів; покращання стану та осучаснення матеріально-технічної бази дитячих оздоровчих закладів; будівництво нових і відновлення функціонування закладів, що тривалий час не працюють. Існуючі дитячі оздоровчі заклади потребують модернізації їх матеріально-технічного

³⁹ Рівень перинатальної смертності у новонароджених з низькою масою тіла при народженні (менше 1500 г) залежить, в основному, від стану здоров'я жінок до запліднення. Рівень антенатальної та інтранатальної смертності плодів з масою тіла при народженні більше 1500 г залежить від рівня надання медичної допомоги вагітним, породіллям та плодам.

⁴⁰ Моніторинг стану здоров'я матері та дитини, МОЗ України, ДЗ Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, Київ, 2011 р.

стану, удосконалення змісту та структури освітньо-виховної діяльності з урахуванням сучасних вимог.

Збереженню здоров'я дітей сприятиме **підвищення довіри населення до імунопрофілактики**, удосконалення профілактичних та протиепідемічних заходів щодо запобігання поширенню інфекційних хвороб, боротьба з якими проводиться засобами імунопрофілактики. Удосконалення потребують і підходи до підвищення дієвості інформаційних кампаній та ефективності санітарно-просвітницької роботи серед населення для розуміння важливості імунопрофілактики. На державному рівні необхідно удосконалити підготовку фахівців з імунопрофілактики, що беруть участь у здійсненні заходів на етапах планування, організації та проведення контролю якості імунобіологічних препаратів. Стабільне фінансування національної програми імунізації та потреб закладів охорони здоров'я у якісних імунобіологічних препаратах для вакцинації дітей, безперербійне та ритмічне їх постачання в регіони також сприятиме зменшенню ризиків захворюваності.

Необхідним є залучення засобів масової інформації для **пропагування здорового способу життя** та проведення роботи з батьками, у тому числі у закладах дошкільної та шкільної освіти, щодо популяризації систематичних медичних оглядів. Необхідно

сприяти розвитку системи навчання батьків щодо догляду, розвитку, харчування та попередження травм у дітей, у тому числі шляхом розширення Всеукраїнської мережі Татошкіл (тобто неформальних освітніх центрів, де чоловіки, які мають позитивний досвід батьківства та пройшли відповідне навчання, допомагають іншим чоловікам стати обізнаними, дбайливими та відповідальними батьками). Для надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді на основі «дружнього підходу» доцільно розширювати мережу «Клінік, дружніх до молоді».

Посилення координації зусиль та реформування системи охорони здоров'я є запорукою закріплення позитивних тенденцій на шляху досягнення цілі. Підвищення ефективності педіатричної допомоги вимагає скоординованих зусиль освітніх, соціальних та медичних установ, громадських організацій, що спрямовані на поліпшення умов та нівелювання негативного впливу різних факторів на здоров'я людини (в тому числі й тих, що опосередковано впливають на показники здоров'я, а саме: освіта та пропагандистсько-просвітницька робота, створення умов для заохочення молоді до здорового способу життя, поширення практик формування здорового способу життя, поліпшення доступу до безпечної питної води, адекватної санітарії та чистого, безпечного навколишнього середовища тощо).



ЦІЛЬ 5
ПОЛІПШЕННЯ
ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ

Збереження життя та здоров'я матерів є обов'язком для суспільства. На здоров'я матерів впливають економічні, екологічні, культурні, соціально-гігієнічні та медико-організаційні чинники. Зниження рівня материнської смертності залежить також від якості роботи родопомічних закладів, ефективності впровадження наукових досягнень у практику закладів охорони здоров'я та якості послуг на етапі первинної медико-санітарної допомоги.

ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 5.А: Зменшити наполовину рівень материнської смертності	5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими 5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими													
24,7	23,9	21,8	17,4	13,1									
					17,6	15,2	20,7	15,5	25,8	23,5	16,9	12,5	13,0
Індикатор 5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку													
34,1	29,4	27,6	25,3	23,2	21,3	18,7	18,5	18,1	16,4	15,1	14,7	13,5	15,1

З 2005 року Україна перейшла до кодування смертності відповідно до списку кодів Десятого перегляду Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Розраховані до і після такого переходу індикатори не є зіставними, тому індикатор 5.1. представлено двома динамічними рядами.

У таблиці наведені фактичні дані Держстату України та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

До встановлення завдань ЦРТ рівень материнської смертності вважався здебільшого критерієм якості організації та доступності родопомічної допомоги, її доступності та ефективності роботи системи охорони здоров'я. Сучасне розуміння материнської смертності в Україні дозволяє трактувати її також у контексті усіх чинників, які формують репродуктивне здоров'я – економічних, екологічних, культурних, освітніх тощо. У 2000 році показник материнської смертності становив 24,7 на 100 тис. народженими живими (середньоевропейський рівень на той час складав близько 20), тому Україна взяла на себе зобов'язання наблизитися до середньоевропейського рівня. З огляду на динаміку позитивних зрушень та з урахуванням прогнозу соціально-економічного розвитку цільовий показник було переглянуто та встановлено більш амбітне завдання – знизити значення показника до 13,0 у 2015 році. У рамках реформування системи охорони здоров'я було впроваджено сучасні перинатальні технології, що дозволило вдвічі знизити рівень ускладнених пологів (у АР Крим, Волинській, Донецькій, Львівській областях), наразі створено одинадцять перинатальних центрів, триває робота з відкриття ще дев'яти.

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Тенденції показників материнської смертності. У 2012 році материнська смертність в Україні знизилася до рівня 12,5 на 100 тис. народжених живими, тобто цей рік характеризувався перевищенням цільового показника 2015 року, навіть з урахуванням переходу до нових критеріїв кодування причин смерті.

Наразі рівень материнської смертності в Україні значно перевищує аналогічний показник у країнах Євросоюзу (6,0)⁴¹. Проте темпи зниження цього показника в Україні (з 31,3 у 1992 році до 12,5 у 2012 році, тобто майже втричі – на 60%) надають підстави для оптимістичних прогнозів.

Запровадження підходу «Що криється за цифрами» сприятиме поширенню науково обґрунтованих рекомендацій для поліпшення охорони здоров'я матерів в країні, удосконаленню існуючих клінічних протоколів та здійсненню комплексної реформи перинатальної допомоги⁴².

Основні причини материнської смертності. У структурі причин материнської смертності протягом останніх років на першому місці (понад 50%) – екстрагенітальна патологія та акушерські кровотечі. Понад 60% випадків материнських смертей пов'язано з суто акушерськими причинами (акушерські кровотечі, сепсис, акушерські емболії). Водночас частка випадків смертей жінок від причин, пов'язаних із ускладненнями внаслідок тяжкої екстрагенітальної патології, знизилася на 10,3%, проте майже вдвічі зросла кількість септичних ускладнень (з 10,8% до 23,0%), що потребує аналізу та вжиття відповідних заходів⁴³. Близько 15 – 17% вагітних з тяжкою екстрагеніальною патологією потребують своєчасної госпіталізації до спеціалізованих багато-профільних медичних закладів у зв'язку з високим ризиком розвитку ускладнень⁴⁴. В Україні чітко простежується залежність рівня материнської смертності від поширеності непрямих причин, тобто патологій, які не пов'язані з вагітністю.

Вставка 3.5.1. Нові критерії кодування причин смерті

З 2005 року Україна перейшла до кодування причин смерті, зокрема материнської, відповідно до списку кодів Десятого перегляду Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (МКХ – 10). Новацією кодування є введення поняття «пізня материнська смерть» – смерть, що настала пізніше, ніж через 42 дні після припинення вагітності від причин, пов'язаних з нею.

⁴¹ Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. World Health Organization, 2012.

⁴² World Health Organization. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. – WHO, 2004.

⁴³ МОЗ України.

⁴⁴ Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні: практичні настанови, МОЗ України, Київ, 2012 р.

Вставка 3.5.2. Підвищення інформативності показника «рівень материнської смертності»

Вважається, що при значному зниженні рівня материнської смертності він перестає бути достатньо інформативним показником, який доцільно використовувати для подальшого поліпшення якості акушерської допомоги. Можливості сучасної медицини дозволяють рятувати пацієнток з вкрай важкими акушерськими ускладненнями, але проблемою залишається їх подальша інвалідизація. Для кращого розуміння механізмів розвитку термінальних станів, пов'язаних з вагітністю, правильної оцінки можливих витрат при організації акушерської допомоги у світі все ширше враховують і аналізують не лише випадки смерті, але й випадки успішного виведення з критичного стану, тобто випадки «близькі до втрати». Облік і аналіз складних випадків з позитивним результатом дозволяє краще оцінити якість акушерської допомоги та розробити методи профілактики материнської смертності.

Стан здоров'я вагітних жінок в Україні. Понад 40% дорослого населення України (у тому числі й жінки дітородного віку) віком від 18 до 65 років мають принаймні одне хронічне захворювання або стан, понад 7% мають декілька (три чи більше) хронічних захворювань чи станів⁴⁵.

Анемії діагностуються практично у кожній четвертій вагітній, що перебуває під наглядом жіночих консультацій МОЗ під час вагітності. Це викликає тривогу, адже зазначена патологія значною мірою залежить від якості та повноцінності харчування (що зумовлено передусім соціально-економічним становищем сімей та обізнаністю щодо раціонального харчування як взагалі, так і під час вагітності). Розлади здоров'я жінки (соматичного та репродуктивного) перешкоджають репродуктивним планам сімей. Так, під час національного соціально-демографічного дослідження 16,9% опитаних жінок назвали проблеми зі здоров'ям у переліку основних перепон народженню бажаної кількості дітей⁴⁶. Рівень безпліддя в Україні складає 3,5 – 2,8 на 1000 жінок і 0,5 – на 1000 чоловіків. У цілому з проблемою безпліддя стикаються 6,8% подружніх пар репродуктивного віку. Однак є і позитивна динаміка. Частота ускладнених пологів в Україні знизилася з 40,8% в 2008 році до 30,7% у 2012 році, відповідно, частка нормальних пологів зросла з 59,2% до 69,3%⁴⁷.

Запобігання материнської смертності сприяє раннє (до 12 тижнів) охоплення вагітних диспансеризацією. У 2012 році 92,1% жінок із

ранніх строків вагітності перебували на диспансерному обліку.

Регіональні та територіальні особливості материнської смертності. Адекватним показником здоров'я жінок слугує також рівень смертності від усіх причин, який разом з материнською смертністю суттєво знизився останніми роками. Однак розбіжність між регіонами та містом і селом зберігається (рис. 3.5.1).

На відміну від загальної смертності, рівень материнської смертності сільських жінок (15,0 у 2011 році) нижче міського показника (17,9) вочевидь через те, що у складних випадках вагітну жінку везуть до міста. Значні регіональні відмінності у смертності жінок дітородного віку вказують на існування суттєвих розбіжностей в умовах та способі життя жінок. У 2012 році різниця між найвищим показником у Миколаївській області та найнижчим у Тернопільській становила 2,8 раза.

Рівень абортів в Україні. Кількість абортів у розрахунку на 1000 жінок дітородного віку було зменшено до відмітки 15,1, тобто це завдання було досягнуто ще у 2010 році. Знижується також співвідношення абортів і народжень, за останніми даними за ним Україна практично вийшла на європейський рівень.

Особливо помітним є скорочення кількості абортів серед жінок старшого дітородного віку. Досягнуті результати – це, передусім, прояв зростання освіченості жінок та забезпечення доступності ефективної контрацепції. Згідно з даними соціологічних досліджень 2012 – 2013 років щодо поширеності контрацепції в Україні, 65,4% жінок віком

⁴⁵ Основні причини високого рівня смертності в Україні, дослідження із серії «Здоров'я людини та демографія», Київ, 2010 р.

⁴⁶ Шлюб, сім'я та дітородні орієнтації в Україні, Київ, 2008 р.

⁴⁷ Информационный портал по проблемам бесплодия, вспомогательным репродуктивным технологиям

Рис. 3.5.1. Імовірність померти жінок віком 15 – 49 років у розрізі регіонів України у 2012 році



Джерело: Розрахунки ІДСД

15 – 49 років використовують певний метод контрацепції (47% з них віддають перевагу сучасним методам контрацепції, 18,4% жінок користувалися традиційними методами). Загальний рівень використання контрацепції у міських поселеннях помітно перевищує цей показник у сільській місцевості. Зазначені відмінності стосуються, насамперед, використання сучасних контрацептивних методів, що використовує кожна друга заміжня жінка (50,3%), яка проживає у місті, тоді як серед сільських жінок частка тих, хто вибирає сучасні методи, становить лише 37,1%⁴⁸. Кожна п'ята жінка репродуктивного віку не має змоги отримати консультацію щодо планування вагітності та народження бажаного числа дітей.

За даними досліджень, абсолютна більшість (понад 80%) вагітностей за останні три роки закінчилися народженням живої дитини і лише 13,8% – абортми. Це можна оцінити як прогрес, оскільки за даними 2007 року аналогічний показник досягав 25,3%. Кількість абортів за регіонами України коливаються

від 8,3% у західних регіонах до 34,8% – у центральних регіонах.

Як і раніше, неприпустимою великою залишається поширеність підліткових вагітностей, які призводять або до абортів та подальшого розладу репродуктивного здоров'я, або до народження дитини віком, коли мати сама ще є дитиною. У 2011 році виявлено вагітність у 96 із кожних 10 тис. дівчат віком 15 – 17 років, а одна з 10 тис. дівчат віком до 14 років народила дитину. За даними державної медичної статистики, 2010 понад 7% офіційно зареєстрованих абортів у країні зроблено дівчатам віком від 10 до 17 років. Зокрема, серед дівчат віком до 14 років абортів зробили 0,05% цієї вікової групи, а серед дівчат 15 – 17 років – 1,4%. Водночас, спостерігається високий коефіцієнт народжуваності серед жінок віком до 20 років – у 2012 році він становив 28,7 (у 2011 році – 28,1, у 2010 році – 28,8 у 2009 році – 31,2).

Моніторингова та інформаційно-просвітницька робота. Розглядаючи кожний випадок материнської смерті як екстраординарну подію, спеціальна Експертна комісія Міністерства охорони здоров'я його ретельно аналізує, за наслідками висновків аналізу розробляються та впроваджуються заходи,

⁴⁸ Звіт за результатами Мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств в Україні, 2012 – 2013 роки, Попередні результати, Київ, 2013 р.

спрямовані на попередження таких випадків. Методологія «Що криється за цифрами» сприяє підвищенню якості аналізу на основі даних. Для удосконалення акушерської допомоги проводиться робота щодо поширення свідомого ставлення до батьківства як жінки, так і чоловіка. Підготовка майбутніх батьків до народження дитини здійснюється у «Школах відповідального батьківства» при жіночих консультаціях. У більшості регіонів країни створено мережу служб планування сім'ї та дитячої та підліткової гінекології. У консультативних пунктах центрів соціальних служб для молоді пропагандується важливість збереження репродуктивного здоров'я.

Зростає активність «клінік, дружніх до молоді», у напрямі інформаційно-просвітницької роботи (зростають як обсяги таких робіт, так і кількість осіб, охоплених ними). Пріоритетними напрямками діяльності таких клінік залишаються питання запобігання інфікуванню ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також пропаганда здорового способу життя.

Програмне оточення та оцінки. В Україні визначено стратегічні напрями збереження репродуктивного здоров'я населення, за якими було розроблено та реалізовано Державну програму «Репродуктивне здоров'я нації на 2001 – 2005 роки» та послідовно впроваджується Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на 2006 – 2015 роки». Виконання заходів програми спрямовано на безпечне материнство, формування репродуктивного здоров'я у дітей та молоді, збереження репродуктивного здоров'я населення та удосконалення системи планування сім'ї. У 2009 році спільно з ВООЗ було проведено Стратегічну оцінку політик, програм і досліджень «Аборти та контрацепція в Україні». Завдяки цьому дослідженню вдалося отримати дані про сучасний стан впровадження національних політик та програм у сфері репродуктивного здоров'я, визначити наявні бар'єри, що заважають поліпшенню репродуктивного здоров'я населення, та розробити відповідні рекомендації.

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Державна політика у цій сфері здійснюється шляхом проведення комплексу цілеспрямованих заходів, які дозволяють забезпечити максимально можливий рівень медичної допомоги за існуючого рівня правових, фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів.

Вплив загальних проблем у сфері системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я перебуває у стані реформування, в ході якого виявляються проблеми, що стосуються і збереження здоров'я жінок. Насамперед, це орієнтація системи охорони здоров'я на епізодичну боротьбу з хворобами, відсутність системних підходів, недостатня увага до цілісності державної політики щодо профілактики захворюваності та комплексного медико-санітарного обслуговування. Широка мережа стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів акушерсько-гінекологічної служби, на перший погляд, сприяє доступності спеціалізованої допомоги. Проте допомога при пологах на рівні дільничних, районних та окремих центральних районних лікарень, де реєструється менше 400 пологів на рік (30 – 60% пологових відділень в областях), зумовлює високі ризики ускладнень у пологах та високий показник материнських і перинаталь-

них втрат. Це відбувається через відсутність цілодобового чергування лікарів неонатологів і акушерів-гінекологів, повільне впровадження сучасних перинатальних технологій та недостатнє оснащення необхідним медичним і лабораторним обладнанням.

Недоліки організації медичної допомоги. Існуючий принцип організації медичної допомоги та система її фінансування не покриває витрат на родопоміч. Часто жінки платять в лікарняну касу «добровільні» внески для пологів або набувають різного роду страховки, або змушені купувати багато лікарських препаратів та витратні матеріали, платити за обов'язкові дослідження під час вагітності. Це обмежує рівний гарантований державою доступ жінок до якісної медичної допомоги.

Ведення багатьох станів та ускладнень вагітності не відповідає міжнародним стандартам і заснованим на даних доказової медицини посібникам, поширеною практикою є гіпердіагностика й необґрунтоване призначення препаратів та лабораторних тестів. Проблемним питанням також є недостатній рівень матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають послуги у сфері репродуктив-

ного здоров'я, зокрема зношеність або застарілість діагностичної апаратури (не в кожному медичному закладі є апарати ультразвукового дослідження з вагінальним датчиком). Незважаючи на достатній рівень укомплектованості лікарями акушерами-гінекологами, їх більшість сконцентрована у міських закладах охорони здоров'я. Особливої уваги потребують питання підготовки фахівців з надання допомоги при невідкладних станах в акушерстві, сімейних лікарів із знаннями й уміннями вести фізіологічну вагітність.

Поширеність екстрагенітальної патології вагітних призводить до збільшення кількості ускладнень під час пологів, що спричиняє виникнення хвороб у новонароджених, а також впливає на рівень захворюваності дітей віком до 14 років та дитячої та материнської інвалідності. Основною причиною цього є низький рівень планування вагітності. Вагітні недостатньо інформовані про ознаки ускладнень вагітності та необхідності звернення до лікаря.

Високий рівень безпліддя українських сімей можна віднести до прямих репродуктивних втрат. Одним із основних факторів розладу репродуктивного здоров'я населення вважаються інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, які в підлітковому та дорослому віці нерідко стають причиною безпліддя, невиношування вагітності, онкологічні патології, а також внутрішньоутробне інфікування плода з можливими тяжкими наслідками та навіть вадами розвитку.

Високий рівень штучного переривання вагітності, особливо в деяких регіонах України, впливає на фертильність і перебіг наступної вагітності та пологів. За даними ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України», у 2012 році кількість абортів на 1 тисячу жінок репродуктивного віку становила: у Севастополі – 19,2; Київській області – 17,0; Донецькій області – 15,8; Кіровоградській області – 15,6; Херсонській області – 15,5; Вінницькій області – 15,4 та у Житомирській області – 14,4.

Поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, пов'язане з падінням рівня життя частини населення, безробіттям, підвищенням мобільності населення, низьким рівнем обізнаності тощо. В Україні рівень захворюваності, а отже, і внесок цих інфекцій у порушення репродуктивного здоров'я

матерів, є набагато вищим ніж у розвинених країнах Європи. За даними соціологічних досліджень, досвід статевого життя вже мають 42% учнівської молоді віком 15 – 17 років, у 2012 році таких було 60%. Значна частина підлітків незалежно від місця навчання практикує незахищений секс: майже кожен четвертий підліток з тих, що мали статеві стосунки, під час останнього статевого акту не користувався презервативом. Найчастіше молоді люди отримують знання щодо методів контрацепції з телепрограм (41%), Інтернету, від друзів і однокласників (по 31%) та медичних працівників (25%). Тобто нагальним продовжує залишатися питання первинної профілактики з попередження ризикованої поведінки молоді та протидії поширенню соціально – небезпечних хвороб⁴⁹.

Незадовільний стан здоров'я підлітків. На стан здоров'я молоді негативно впливає поширення реклами, що заважає формуванню здорового способу життя (тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків, тощо). За даними ВООЗ, близько 2/3 випадків передчасної смерті та 1/3 випадків хронічних захворювань пов'язані з умовами та способом життя підлітка. Це, зокрема, і негативний вплив паління, вживання алкоголю, недостатні фізичні навантаження, схильність до насилля, раннє статеве життя. В Україні 30% підлітків оцінюють власне здоров'я як «посереднє» або «погане», і ця кількість з віком зростає. 14% повідомляють про медичне діагностування хронічного захворювання, інвалідності або інших медичних обмежень. Водночас 19% підлітків мають труднощі у звертанні по допомогу до будь-якого доступного медичного закладу без батьків⁵⁰.

Низький рівень відповідальності за збереження власного здоров'я та завищена самооцінка його стану. За даними соціологічних досліджень, найбільш позитивно оцінювали стан свого здоров'я молоді люди віком 14 – 17 років: 72,3 % дали оцінки «дуже добре» та «добре», лише менше третини осіб зовсім не стикалися з хворобами. У молоді віком 18 – 24 роки позитивне сприйняття знижується: майже дві третини визначають своє здоров'я як «дуже добре» та «добре». У віковій групі 25 – 35 років позитивно оцінюють стан здоров'я лише 58,4% осіб⁵¹. За час навчання у загальноосвітньому навчаль-

⁴⁹ Державна доповідь «Молодь за здоровий спосіб життя».

⁵⁰ Стан та чинники здоров'я українських підлітків, Київ, 2011 р.

⁵¹ «Ставлення молоді до здорового способу життя», Державний інститут розвитку сім'ї та молоді, Київ, 2010 р.

ному закладі школярі втрачають щонайменше третину свого здоров'я. Порівняно з 2005 роком (9113,8 на 10 тис. відповідного населення) підліткова захворюваність за всіма класами хвороб у 2010 році зросла на 19 %, а найвищий рівень захво-

рюваності спостерігався у Київській, Харківській, Вінницькій областях та м. Києві⁵². Це в подальшому формуватиме структуру екстрагенітальної патології вагітних і ускладнюватиме ситуацію як з материнською, так і з дитячою смертністю.

Вставка 3.5.3. Недостатній рівень усвідомлення особистої відповідальності за своє здоров'я серед молоді

В Україні, за даними опитувань, понад 52% підлітків не усвідомлюють ризик ВІЛ-інфікування, вважаючи, що це їм взагалі не загрожує або є малоімовірним. Водночас 42% опитаної учнівської молоді віком 15 – 17 років мають досвід статевого життя (55% – серед хлопців, 31% – серед дівчат); від 7 до 15% підлітків (залежно від місця навчання) вступали в статеві стосунки до 15 років; значна частина дівчат практикують незахищений секс (серед студенток ВНЗ III – IV рівнів акредитації 31% дівчат ігнорували презерватив під час останнього статевого акту)⁵³.

Недоліки державної політики щодо покращання фізичного стану молоді та популяризації здорового способу життя. В Україні робота з підвищення особистої відповідальності за власне здоров'я не перебуває у центрі суспільної уваги. Дослідження показують, що в процесі дорослішання частка молодих людей, які приділяють увагу фізичній підготовці, зменшується. Не завжди створено умови для проведення занять, відповідні заклади не є доступними для більшості населення. Як результат в Україні лише кожен п'ятий школяр та кожен десятий студент мають достатній рівень рухової активності оздоровчої спрямованості, що є одним із найнижчих показників у Європі. З віком рухова активність учнівської молоді зни-

жується та збільшується частка тих, хто не практикує у звичайному розкладі дня будь-яких фізичних вправ або тренувань: від 3% серед дітей у шостому класі до 9–10% серед студентів вищих навчальних закладів I – IV рівнів акредитації. Загалом, залежно від віку та місця навчання, майже 76% молоді віддають перевагу пасивним формам проведення дозвілля (перед телевизором або за комп'ютером). Серед молоді віком 18 – 24 роки понад половина мають незадовільну фізичну підготовку. У зв'язку з цим постає питання всебічної активізації фізкультурно-спортивної роботи як генеруючого чинника здорового способу життя учнівської та студентської молоді та готовності стати відповідальними батьками.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Продовження реалізації Національного Проєкту «Нове життя» та Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» забезпечить досягнення завдань Цілі в найближчому майбутньому.

Підтримка планування сім'ї для всіх груп населення. Надання послуг високої якості з питань планування сім'ї всім групам населення, насамперед молоді, сільському населенню, та уразливим групам населення має велике значення для поліпшення здоров'я матерів в Україні. Необхідним є посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги у цій сфері.

Удосконалення діяльності перинатальної та акушерсько-гінекологічної допомоги передбачає здійснення дієвих заходів державної політики у цій сфері. Необхідно посилити роботу для вирішення питань кадрового забезпечення (рекомендації наведено у підрозділі 3.4.). Також важливо забезпечити розподіл акушерських стаціонарів на три рівні, кожен з яких має специфічні завдання та повноваження. Необхідно визначити чіткі критерії до рівня закладу, де має надаватись акушерська та неонатальна допомога, та привести кожен лікувально-діагностичний заклад різного рівня у відповідність до табеля оснащення. На державному рівні необхідно забезпечити належне фінансування надання своєчасної та безпечної перинатальної допомоги кожній вагітній жінці незалежно від соціального

⁵² «Стан молоді в Україні», матеріали МОЗ України до щорічної доповіді Президенту України, Київ, 2010 р.

⁵³ «Проведення повторної оцінки клінік, дружніх до молоді», Амджадін Л.М., Коноплицька Т.О., Лисенко О.М., Київ, 2012 р.

статусу, матеріального становища та місця проживання. Для цього важливим є забезпечення всіх акушерських відділень препаратами для надання невідкладної медичної допомоги у разі кровотеч, необхідними витратними матеріалами для впровадження сучасних перинатальних технологій відповідно до рекомендацій ВООЗ. Також доцільним є забезпечення родопомічних закладів комп'ютерами для проведення моніторингу за вагітними та породіллями високого ступеня акушерського та перинатального ризику.

Координація діяльності перинатальної служби. Необхідно забезпечити координуваність діяльності перинатальної служби різних рівнів: координація усієї перинатальної служби всередині регіону регіональним перинатальним центром III рівня, координація діяльності регіональних перинатальних центрів III рівня Інститутом педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України⁵⁴.

Запровадження сучасних методів організації медичної допомоги сприятиме зменшенню ризиків ускладнень. Так, телемедицина є дієвим інструментом надання допомоги у разі неможливості транспортування пацієнтки до спеціалізованого та високоспеціалізованого медичних закладів, тобто навіть забезпечення можливості вести жінку у режимі дистанційного консультування призведе до позитивних результатів. Обов'язковою умовою є динамічне спостереження, що забезпечується регулярними повідомленнями лікаря про стан спостережуваної телефоном або іншим телекомунікаційними засобами з інтервалами не більше шести годин, а за необхідності – і частіше до стабілізації стану хворої, виїзд бригади фахівців для надання допомоги відповідно до алгоритму дій лікаря.

Забезпечення можливості транспортування. У ході розвитку перинатальної допомоги особливу увагу необхідно приділяти забезпеченню можливості транспортування вагітних жінок і новонароджених з групи високого перинатального ризику з однієї лікарні до іншої, а також у кожному перинатальному центрі III рівня необхідно передбачити створення виїзних консультативних бригад, до складу яких обов'язково мають входити висококваліфіковані фахівці.

За необхідності до складу виїзної транспортної (консультативної) бригади можуть бути включені суміжні фахівці залежно від клінічної ситуації (хірург, гематолог, уролог, невролог тощо).

Покращення медичного обслуговування, профілактики, забезпечення раннього виявлення та своєчасного лікування екстрагенітальної патології у дівчаток до 17 років і жінок фертильного віку є нагальним завданням забезпечення сталості тенденцій до зменшення рівня смертності. Для цього необхідно розробити відповідні заходи, у тому числі щодо турботи про здоров'я дівчат-підлітків та жінок фертильного віку. Також необхідно забезпечити підтримку діяльності лікаря первинної ланки (сімейного лікаря), для чого слід розробляти стратегії надання послуг щодо збереження репродуктивного здоров'я, починаючи з дитячого віку. У цілому необхідним є створення системи підготовки (тренінгів, тренінгових центрів) сімейних лікарів і лікарів загальної практики з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї. Важливим є питання впровадження стандартів / протоколів забезпечення послуг з планування сім'ї для первинної ланки медичної допомоги (сімейних лікарів / лікарів загальної практики), лікарів жіночої консультації і центру планування сім'ї та репродукції людини відповідно до рекомендацій ВООЗ. Необхідно розробляти та забезпечувати населення інформаційними матеріалами з питань профілактики онкогінекологічних та екстрагенітальних захворювань жінок.

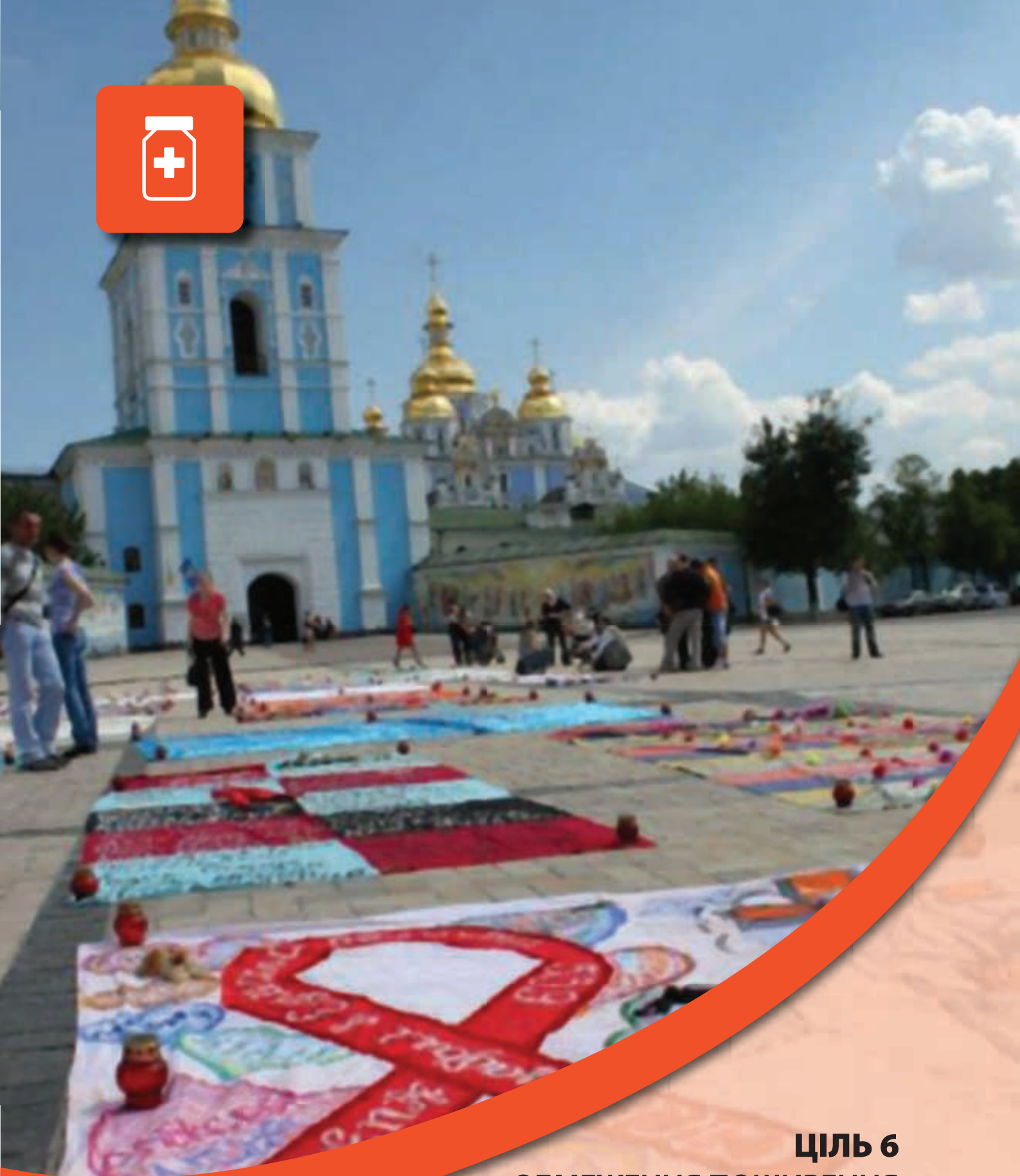
Зниження рівня поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, передбачає первинну профілактику ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом. Необхідно проводити відповідні заходи для підвищення обізнаності населення, включаючи програми сексуального та репродуктивного здоров'я. Також доцільно впроваджувати заходи для підвищення рівня інформування населення (як жінок, так і чоловіків) стосовно безпечних і ефективних методів і засобів планування сім'ї, щодо потенційних наслідків хвороб, що передаються статевим шляхом, та можливостей запобігання ризику зараження.

Підвищення рівня особистої відповідальності за збереження здоров'я зумовлює необхідність на державному рівні активно розробляти та реалізувати заходи, спрямовані на пропагування, формування та

⁵⁴ Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні: практичні настанови, МОЗ України, Київ, 2012 р.

заохочення до здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства; інформувати населення з питань відповідального ставлення до охорони особистого здоров'я. З цією метою доцільно використовувати методи соціальної реклами, співпрацювати з неурядовими організаціями, особливо молодіжними. Також важливо розробити засади просвітницької роботи для дітей, підлітків та молоді з питань здорового способу життя, планування сім'ї та профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом, а також профілактики захворювань (проведення просвітницьких заходів у навчальних закладах, видання відповідної літератури, соціальної реклами, запровадження скриньок запитань-відповідей у навчальних закладах).

Для покращання фізичного стану молоді та популяризації здорового способу життя на державному рівні необхідно розробити дієві інструменти впровадження засад здорового способу життя в українському суспільстві, популяризації інституту сім'ї. Необхідною умовою успішності такої роботи є активна міжсекторальна взаємодія медичних працівників, освітян, представників засобів масової інформації, громадських організацій. На державному рівні необхідно сприяти розвитку доступної для всіх громадян інфраструктури та індустрії здоров'я. На законодавчому рівні доцільно посилити відповідальність за продаж тютюнових та алкогольних виробів неповнолітнім дітям. Необхідним є залучення приватного сектору до цієї роботи, у тому числі в рамках соціальної відповідальності бізнесу та державно-приватного партнерства.



ЦІЛЬ 6
ОБМЕЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ
ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ / СНІДУ ТА
ТУБЕРКУЛЬОЗУ І ЗАПОЧАТКУВАННЯ
ТЕНДЕНЦІЇ ДО СКОРОЧЕННЯ ЇХ МАСШТАБІВ

Україна перебуває на вирішальному етапі боротьби з епідеміями ВІЛ-інфекції та туберкульозу. Уперше у 2012 році в Україні зареєстровано зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції порівняно з попереднім роком, що свідчить про зниження інтенсивності епідемічного процесу. В Україні досягнуто прогресу у напрямі протидії туберкульозу: показники захворюваності та смертності наближуються до цільових значень.

ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 6.А: Зменшити на 13% темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу	6.1. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення 6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, % 6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення 6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, %
Завдання 6.В.: Зменшити на 20% рівень захворюваності на туберкульоз (порівняно з 2005 роком)	6.5. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом туберкульозу (у тому числі органів дихання), на 100 тис. населення 6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. населення

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 6.1. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення													
12,9	14,4	18,2	21,0	25,7	29,3	34,5	38,1	41,2	43,2	44,8	46,5	45,7	49,1
Індикатор 6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції, %													
–	+11,6	+26,4	+15,4	+22,4	+14,0	+17,7	+10,4	+8,1	+4,9	+3,7	+3,8	-1,7	+4,0
Індикатор 6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення													
1,0	1,5	2,3	3,8	5,5	7,7	8,8	9,8	11,2	11,7	12,3	12,6	12,5	8,0
Індикатор 6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, %													
–	27,8	10,0	10,0	8,2	7,7	7,1	6,2	6,3	4,7	4,9	4,6	4,05	2,0
Індикатор 6.5. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом туберкульозу, у тому числі органів дихання, на 100 тис. населення													
60,4	69,5	76,0	77,8	81,2	84,4	83,4	80,1	78,0	72,9	68,5	67,3	68,2	67,5
Індикатор 6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. населення													
22,3	22,7	20,5	21,8	22,7	23,5	22,3	22,6	22,4	18,2	16,6	15,2	15,2	15,0

У таблиці наведені дані Держстату України за 2012 рік та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році). За індикатором 6.4 наведено фактичні дані до 2010 року включно (оскільки встановлення наявності ВІЛ-інфекції, тобто підтвердження або виключення діагнозу, триває 18 місяців після народження дитини, тому національний показник визначається лише через два роки після народження дитини). Значення Індикатора 6.4. за 2011 та 2012 роки наведено за попередніми розрахунковими даними Державної служби України з питань протидії ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

ЗАВДАННЯ 6.А: ЗМЕНШИТИ НА 13% ТЕМПИ ПОШИРЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

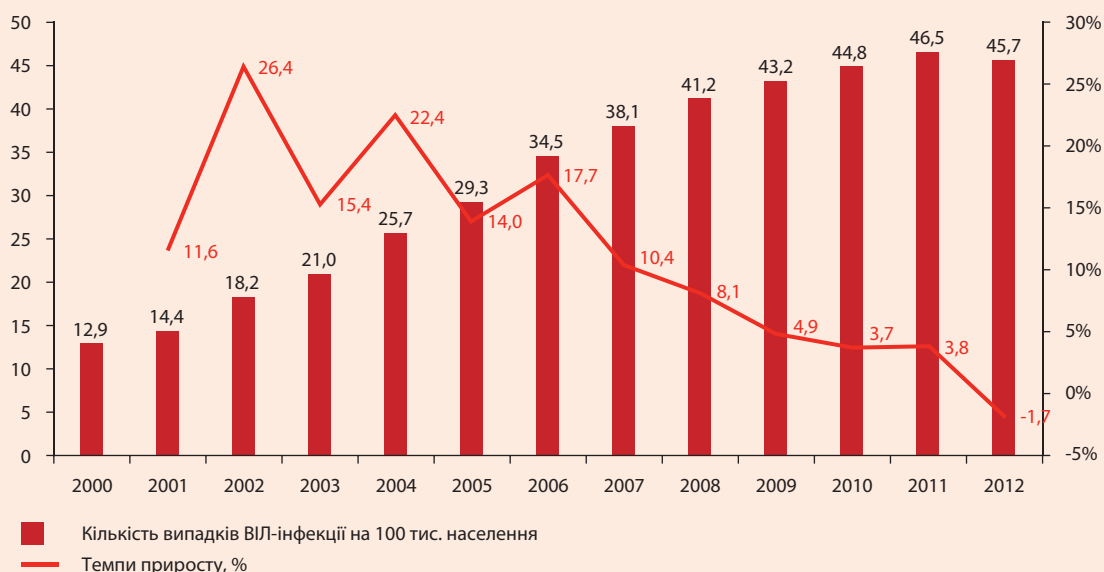
СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції в Україні залишаються значними. Починаючи з 1987 року в країні станом на 1 січня 2013 року було офіційно зареєстровано майже 224 тисячі випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України. З початку епідемії у понад 56 тисяч громадян України було діагностовано кінцеву стадію хвороби – СНІД і понад 47 тисяч осіб померли від хвороби, зумовленої ВІЛ.

Починаючи з 1999 року і до 2011 року включно, кількість випадків ВІЛ-інфекції щорічно збільшувалася (рис. 3.6.1). Однак у

2012 році уперше в Україні було зареєстровано зниження числа нових випадків ВІЛ-інфекції на 1,7% порівняно з 2011 роком. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення у 2012 році порівняно з попереднім роком зменшилася до 45,7 на 100 тис. населення (цільовий показник 2015 року – 49,1). Таке зниження свідчить про зменшення інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції. Водночас кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, у 2012 році становила 12,5 на 100 тис. населення (цільовий показник 2015 року – 8,0).

Рис. 3.6.1. Динаміка кількості офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України у 2000 – 2012 роках



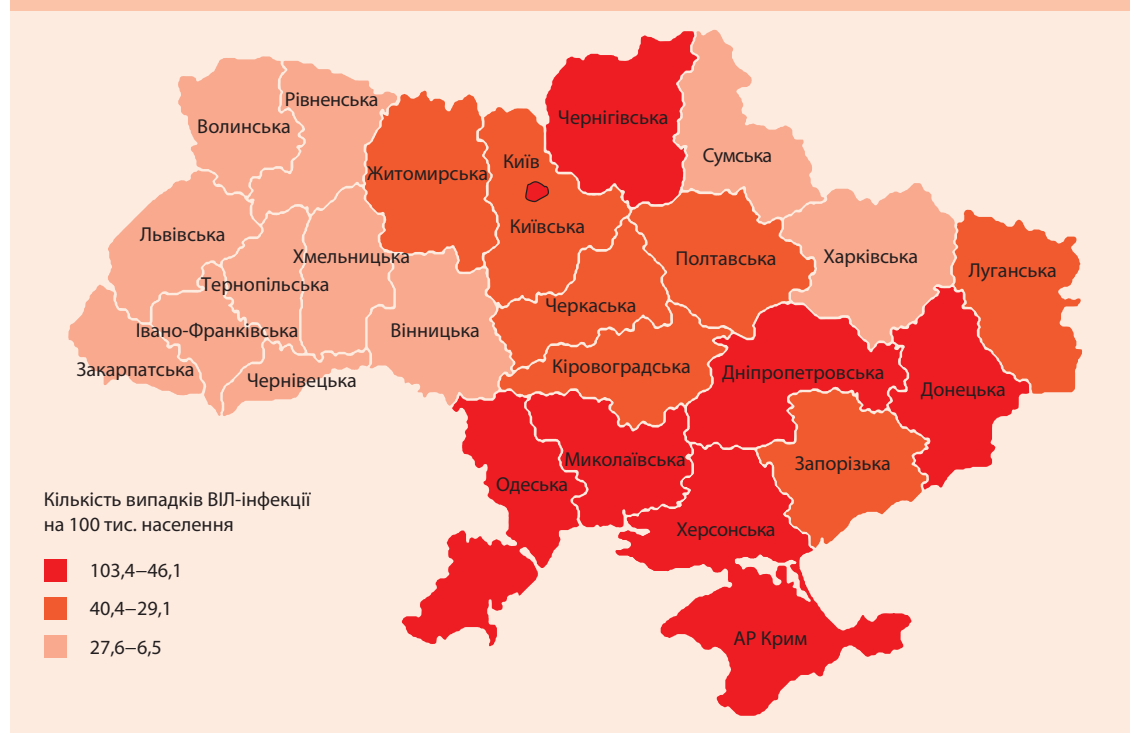
Визнано, що офіційні дані не повною мірою відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в країні, зокрема щодо дійсної кількості людей, інфікованих ВІЛ. Існуючі дані відображають кількість осіб, у яких за результатами відповідного обстеження було виявлено ВІЛ-інфекцію. Значно більша кількість людей може бути інфікована ВІЛ, але не знати про свій статус. Оцінки щодо поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні свідчать, що на початок 2013 року в Україні мешкало близько 220 тисяч людей віком від 15 років і старше, які живуть з ВІЛ, що становило 0,57% усього населення у цій віковій кате-

горії⁵⁵. Представлені дані відрізняються від показників офіційної статистики щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (129,1 тис. осіб) на кінець 2012 року. Відмінність між цими показниками свідчить, що лише кожен другий з людей, які живуть з ВІЛ, знає про свій ВІЛ-позитивний статус.

Рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію у розрізі регіонів. Найвищі рівні захворюваності

⁵⁵ Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні», №40, Київ, 2013 р.

Рис. 3.6.2. Територіальний розподіл за показником захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Україні у 2012 році



на ВІЛ-інфекцію на 100 тисяч населення у 2012 році зареєстровано у Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській, Донецькій областях, м. Севастополі, АР Крим, Херсонській, Чернігівській областях та м. Києві (від 103,4 до 46,1 на 100 тисяч населення). Порівняно спокійною наразі залишається ситуація в західних регіонах країни: Закарпатській, Тернопільській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Рівненській та Волинській областях (рис. 3.6.2). Але в цих регіонах зареєстровано найвищі темпи приросту показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, що є прогностичною ознакою розвитку епідемії.

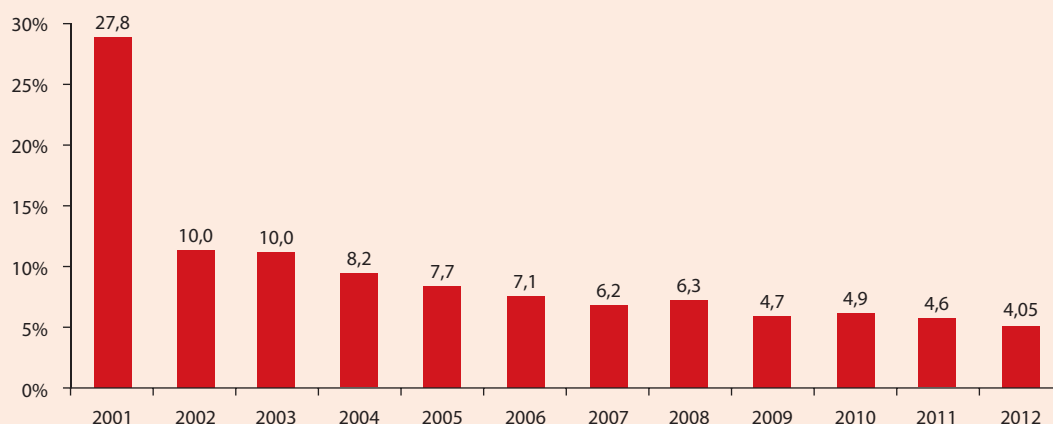
Профілі випадків ВІЛ-інфекції. Найбільша кількість випадків ВІЛ-інфекції у 2012 році, як і у попередні роки, зареєстрована у віковій категорії 25 – 49 років (майже 66%), тобто ця інфекція вражає найбільш працездатне та репродуктивне населення країни і може призвести до загострення існуючих негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій. Разом з тим спостерігається стійка позитивна тенденція до зменшення частки нових випадків ВІЛ-інфекції серед молоді. Наприклад, кількість офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у віковій категорії 15 – 24 роки в 2012 році порівняно з 2005 роком зменшилася майже на 41,0%, що також може свідчити про поліпшення епідемічної ситуації.

В Україні серед ВІЛ-інфікованих осіб, як і раніше, переважають чоловіки, але постійно зростає частка жінок – у 2012 році вона склала майже 45,0%. Розподіл ВІЛ-інфікованих осіб у країні у 2012 році за типом поселення складав 77,0% мешканців міста та 23,0% селян.

Групи підвищеного ризику ВІЛ-інфікування. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні, як і раніше, поширюється, в основному, серед представників груп підвищеного ризику, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), працівників комерційного сексу. Завдяки програмам профілактики серед СІН відбувається стабілізація темпів поширення інфекції та зниження числа ВІЛ-інфікованих осіб серед тих, які стали споживати наркотики нещодавно. На сьогодні найбільшою групою ризику є ЧСЧ – епідемія серед них продовжує набирати обертів, і вони мають у десять разів більше шансів інфікуватися, ніж так зване загальне населення. Крім того, є люди, які через свою поведінку можуть одночасно мати декілька факторів ризику, і ймовірність їх інфікування є найвищою.

Реалізація заходів профілактики серед групи населення підвищеного ризику інфікування – **споживачів ін'єкційних наркотиків** – вирішально вплинула на уповільнення розвитку

Рис. 3.6.3. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у 2001 – 2012 роках, %



епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. За даними рутинного епідеміологічного нагляду в Україні з 2006 по 2012 рік відбувалося поступове зменшення кількості нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед СН. У 2012 році кількість випадків ВІЛ-інфекції серед СН порівняно з 2006 роком зменшилася майже на 17,0% (з 7 127 у 2006 році до 5 933 у 2012 році), що привело до реального зниження інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

Незахищені статеві контакти серед **чоловіків, які мають секс із чоловіками**, зумовлюють невелику частку уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції – менш ніж 1% усіх випадків ВІЛ-інфекції з встановленим шляхом передачі. Водночас, офіційні дані повністю не відображають фактичний рівень передачі ВІЛ у цій групі населення, яка досі зазнає стигматизації. За результатами інтегрованого біоповедінкового дослідження серед ЧСЧ, яке було проведено в 27 містах України у 2011 році, рівень інфікованості серед ЧСЧ складав 6,4%. Разом з тим, цей показник коливався в значних межах: від 0% у м. Полтаві до 20,0% у м. Донецьку.

Україна не реєструє випадків ВІЛ-інфекції серед **працівників комерційного сексу**, а результати дозорних епідеміологічних досліджень вказують на високий рівень інфікованості ВІЛ серед представників цієї групи ризику. За результатами дозорних досліджень 2011 року, проведеного у 25 містах країни, рівень поширеності ВІЛ серед працівників комерційного сексу складав 9,0%. Найбільшу імовірність інфікування ВІЛ для цієї категорії групи підвищеного ризику визначає факт споживання ін'єкційних наркотиків. Так, поширеність ВІЛ серед працівників комерційного

сексу, які за практикою своєї поведінки можуть бути віднесені до СН, становить 40,5% (серед них частка осіб, які ніколи не вживали наркотики, – 6,4%). Високий рівень інфікованості ВІЛ серед працівників комерційного сексу в Україні пояснюється активною участю жінок-СН у секс-бізнесі. СН-працівники комерційного сексу через високий рівень інфікованості ВІЛ є найбільшим джерелом інфекції для клієнтів, які представляють собою загальне населення, що є одним із чинників можливої генералізації епідемії.

Рівень поширеності ВІЛ серед ув'язнених складає від 13% до 30% (за різними оцінками). Ув'язнені – це єдина група найвищого ризику, яку можна легко охопити комплексними програмами з профілактики. Втім, лише 45 тис. зі 130 тис. в'язнів, тобто 35%, будь-коли отримували послуги з профілактики. Керівники пенітенціарної системи недостатньо сприяють упровадженню програм зниження шкоди, незважаючи на те, що ці програми пропагуються державною політикою та є доступними за межами місць позбавлення волі.

Зміни тенденцій щодо шляхів передачі ВІЛ в Україні. Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 року по 2007 рік включно був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Зміна шляхів передачі уперше відбулася у 2008 році – частка парентерального шляху передачі стала нижче, ніж статевого. Ця тенденція вказує на зростаючий вплив гетеросексуального шляху передачі ВІЛ. Разом з тим таке зростання тісно пов'язане з ризикованою сексуальною поведінкою СН та їх сексуальних партнерів. У 2009 – 2012 роках

продовжувалося зменшення частки осіб, які були інфіковані парентеральним шляхом унаслідок введення ін'єкційних наркотиків, та збільшення частки осіб, які інфікувалися ВІЛ при гетеросексуальних контактах. Усе більша кількість випадків зараження ВІЛ відбувається в результаті незахищених статевих контактів. Сьогодні Україна демонструє приклад того, наскільки легко епідемія ВІЛ-інфекції може вийти за межі груп підвищеного ризику та проникнути до широких верств населення.

Передача ВІЛ від матері до дитини. На сьогодні в Україні впровадження заходів програми запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини надало змогу досягти значних успіхів. Починаючи з 2003 року, рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок постійно перевищує 95%. Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 році до 94,0% у 2010

році. У 2012 році профілактикою передачі ВІЛ від матері до дитини охоплено майже 100% вагітних жінок, у яких діагностовано ВІЛ-інфекцію. Результатом цієї діяльності стало суттєве – майже у 6 разів – зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини: з 27,8% у 2001 році до 4,9% у 2010 році (рис. 3.6.3). Так, за останніми даними кількість дітей з остаточно встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції від загальної кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, когорта звітного 2010 року (3 551 дитина), становила 174 дитини⁵⁶. Проте багато ще потрібно зробити для зниження рівня вертикальної передачі ВІЛ, щоб досягти рівня європейських країн – 2%. Так, за даними розрахунків та результатів досліджень, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у групі жінок – споживачів ін'єкційних наркотиків сягає 11%. Це зумовлює необхідність упровадження інтегрованого підходу до надання профілактичних заходів програми вагітним цієї групи ризику, що включає соціальний супровід та заходи із зниження шкоди крім медичних інтервенцій.

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Методологія, спрямована на прискорення досягнення ЦРТ (MAF), була застосована в процесі оцінки Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2009 – 2013 роках за такими тематичними напрямками: організаційна діяльність, стійкість, права людини та гендерна рівність, споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, чоловіки, які мають секс з чоловіками, передача ВІЛ від матері до дитини, молодь, пенітенціарна система, тестування на ВІЛ та консультування, АРТ, догляд та підтримка. Ця методологія слугувала платформою для систематичного дослідження основних досягнень та перешкод, результати якого мають враховуватися при розробленні нової програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки. У процесі оцінки програми також було висвітлено нижченаведені питання.

Недостатній рівень реалізації заходів і програм протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, що стосується і національного рівня, і місцевих органів влади. Хоча близько 80% загального обсягу фінансування Загальнодержавної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2009-2013 роках передбачалося здійснювати за рахунок коштів Державного бюджету України, фактичні видатки за рахунок цього джерела були майже вдвічі нижчими.

Слабке врядування, фінансування та недосконалі механізми організації й управління. Механізми планування, орієнтовані на наявні ресурси, не відображають потреби населення у медичних послугах і не враховують регіональні особливості надання медичних послуг. Оскільки постачальники послуг є бюджетними установами, це накладає на них обмеження щодо прийняття самостійних управлінських та фінансових рішень. Відсутність пріоритетів щодо найважливіших напрямів діяльності та ускладнені процеси координації виконання програм призводять до дублювання функцій, нечіткого розподілу відповідальності та підпорядкування установ. Діяльність установ, що надають медичні послуги, регулюється низкою процедур, обов'язкових для всіх установ подібного типу. При цьому не враховується, що рівень поширеності ВІЛ у різних регіонах є різним. Вимоги щодо кадрового складу, інфраструктури та обладнання медичних закладів і установ передбачають необхідність виділення значних коштів на їх утримання, що часто є неможливим з огляду на обмеженість коштів у місцевих бюджетах. Залежність України від

⁵⁶ Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні», №39, Київ, 2013 р.

зовнішніх джерел фінансування в організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції зберігається протягом останніх років. Майже 20,0% усіх витрат на протидію епідемії забезпечується за рахунок зовнішніх джерел, серед яких найбільший внесок здійснює Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (близько 22,1% та 20,7% від загальної суми витрат у 2010 та 2011 роках, у 2012 році цей показник становив 10,3 %) ⁵⁷.

Здійснення управління закупівлями на неналежному рівні призводить до перебоїв у постачанні, що знижує рівень охоплення, інтегрованості й якості послуг та призводить до дефіциту ліків. Це створює ризики для пацієнтів, які перебувають на лікуванні. Процедури закупівель не враховують потребу у постійному та стабільному постачанні АРВ препаратів та інших засобів, до яких групам підвищеного ризику важко отримати доступ (наприклад, презервативів), у тест-системах тощо.

Недостатній рівень охоплення молоді просвітницькою та профілактичною роботою. Уразливість до інфікування ВІЛ дітей та молоді зумовлена високим рівнем застосування ризикованих практик, у тому числі на фоні споживання алкогольних напоїв. Для значної кількості молодих людей із груп ризику доступ до профілактичних та лікувальних послуг, що надаються державними та громадськими організаціями, є обмеженим, оскільки вони, в основному, спрямовані на доросле населення. За даними соціологічних опитувань, у цілому молодь України демонструє невисокі знання про ВІЛ/СНІД і способи його передачі: частка населення віком 15 – 24 роки, які мають повне та правильне уявлення про ВІЛ/СНІД, у 2011 році становила 39,9%. Відповідно до Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД, цільове значення цього показника у 2010 році мало становити 95%.

Недостатній рівень охоплення підлітків груп ризику (ПГР). Система надання послуг для молоді не враховує потреби деяких груп молоді, включаючи сиріт або бездомних дітей, тих, хто живе чи працює на вулиці, дітей, залежних від алкоголю та наркотиків, у тому числі тих, хто починає вживати ін'єкційні наркотики. Такі молоді люди не можуть отримати належні послуги. Організації, що надають спеціальні послуги для

ПГР, не мають змоги відповідати потребам наймолодшої частини цієї цільової групи, оскільки фахівці закладів необізнані щодо правових обмежень, які накладаються на роботу з неповнолітніми, та не мають навичок надання таких послуг. Нарешті, ПГР часто притягуються до кримінальної відповідальності або до них застосовуються неналежні кримінально-процесуальні заходи, які знижують і без того низький рівень охоплення молоді з груп ризику медичними і соціальними послугами, а також послугами зі зниження шкоди для здоров'я. Мережа клінік, дружніх до молоді, наразі не спроможна надати медичні та соціальні послуги ПГР, оскільки цим клінікам бракує навичок залучення найбільш маргіналізованих груп молоді.

Недостатній рівень охоплення груп підвищеного ризику профілактикою. Більшість профілактичних втручань серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ підтримується за рахунок зовнішніх донорів і реалізується неурядовими організаціями. Наразі, незважаючи на велику кількість державних та неурядових установ, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу, обсяги, масштаби, якість та інтенсивність здійснюваних ними заходів є недостатніми для зупинення поширення ВІЛ-інфекції. Так, хоча СН залишаються основним рушійним чинником поширення епідемії, ще досі не забезпечено їх доступ до замісної підтримуючої терапії (ЗПТ), а це не дає змоги підвищити рівень їх охоплення профілактикою та лікуванням. Наприклад, кількість розданих шприців на одного СН за програмами обміну голок та шприців у 2012 році становила лише 67,4 від оціночного числа СН (програма є ефективною за умови надання понад 100 шприців), АРТ отримують лише 8,3% СН. Це означає, що представники цієї групи підвищеного ризику мають обмежений доступ не лише до ЗПТ, АРТ, а і до профілактичних і медичних послуг взагалі. До речі, низьким та нестабільним є рівень охоплення тестуванням на ВІЛ представників груп підвищеного ризику. Так, за результатами останнього опитування у 2011 році, частка СН, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і знають свої результати становила 33,7%, працівників комерційного сексу – 58,5%, а ЧСЧ – 37,8%. За даними програмного моніторингу частка охоплення СН профілактичними програмами на кінець 2012 року становила 55,5%, працівників комерційного сексу – 36,3%, а ЧСЧ лише 11,4%.

⁵⁷ МОЗ України.

Низький рівень безпеки донорства. Наявна система забезпечення якості не гарантує сто відсоткової безпеки донорства. Ця проблема в першу чергу зумовлена застарілим алгоритмом обстеження донорів (практично не працює система первинного відбору донорів, платне донорство сприяє залученню до донорства осіб, які мають високу ймовірність інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, що передаються через кров), а також низькою якістю тест-систем та застарілим обладнанням, яке використовуються службою крові. Ключовими ж проблемами алгоритму обстеження донорів є: можливість використання карантинізованої плазми у разі неповернення донора для повторного тестування через 6 місяців після кровоздачі (первинного тестування); обмежене використання методів прямої детекції ВІЛ через їх високу вартість.

Проблемні питання у сфері лікування ВІЛ/СНІДу. Незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ (у 2012 році АРТ отримували 40 350 пацієнтів), темпи розширення програми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих осіб відстають від темпів приросту кількості осіб, які його потребують. Кількість людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), що отримують АРТ, є недостатньою для того, щоб знизити темпи поширення епідемії, зокрема кількість захворювань на СНІД та смертність. Це можна пояснити як недостатністю фінансування, так і особливістю перебігу епідемії в Україні, а саме тим, що з середини 90-х років минулого століття ВІЛ-інфекція реєструвалася переважно серед споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплення яких АРТ

і досі залишається обмеженим у зв'язку з недостатньою доступністю ЗПТ, а, відтак, з проблемою формування їх прихильності до АРТ. Станом на 1 січня 2013 року ЗПТ та АРТ отримували лише 1283 ВІЛ-інфікованих осіб – активних споживачів ін'єкційних наркотиків. Завдяки впровадженню АРТ протягом останніх трьох років в Україні реєструється практично однакова кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тисяч населення, а саме: у 2010 році – 12,3; у 2011 році – 12,6 та у 2012 році – 12,5 на 100 тисяч населення⁵⁸.

Порушення основних прав людини. Незважаючи на те, що в Україні розроблено належні засади захисту прав ЛЖВ, запроваджено зміни до законодавства та прийняті нові акти, зокрема Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», серед населення в цілому, постачальників медичних послуг та співробітників правоохоронних органів зберігається високий рівень стигматизації та дискримінації щодо ЛЖВ та груп підвищеного ризику. Це створює суттєві перешкоди доступу до послуг з профілактики та лікування. Подвійна та потрібна дискримінація (ВІЛ/СНІД, наркозалежність, туберкульоз, гомосексуальність тощо) накладає обмеження на вразливі групи, особливо у селах та маленьких містечках. Крім того, у суспільстві домінують сильні стереотипи щодо гендерних ролей та нетерпимість до тих, хто виходить за рамки традиційних гендерних норм. Це створює перешкоди для послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Посилення політичної волі щодо протидії ВІЛ/СНІДу, що стосується і національного рівня, і місцевих органів влади. Урядові інституції та Верховна Рада України мають приділяти більше уваги проблемам поширення ВІЛ/СНІДу, забезпечувати належний рівень фінансування програм та якісне управління на національному рівні. Місцеві органи влади мають забезпечувати достатнє фінансування та краще організовувати надання потрібних послуг на місцях за рахунок інтегрування різних послуг у загальну систему медичного догляду, організації, фінансового забезпечення та надання соціальних послуг ЛЖВ, а також сприяння координації між органами соціальної та медичної сфери.

Поліпшення організації та управління. Необхідно встановити зв'язки між ресурсами, заходами та результатами; визначити обсяги фінансування та статті бюджету, потрібні для кожного напрямку діяльності із зазначенням джерела фінансування; визначити лише найбільш пріоритетні напрями діяльності, за якими з високою ймовірністю можна досягти очікуваних результатів; оптимізувати кількість установ, відповідальних за протидію ВІЛ/СНІДу; посилити механізми координації на національному рівні, а також між національним і регіональним рівнями. Необхідно внести зміни до законодавчих актів для вдо-

⁵⁸ Державна служба статистики України.

сконалення процедур закупівель та постачання у цій сфері. Правила, що регулюють надання спеціалізованих послуг, мають сприяти гнучкості та інноваціям, таким чином дозволяючи адаптувати послуги до місцевого, епідемічного, соціально-культурного, бюджетного та іншого контексту.

Посилення профілактики, лікування, догляду та підтримки. Необхідно посилити профілактичну роботу серед груп підвищеного ризику та забезпечити перехід від зовнішнього фінансування профілактичних програм до фінансування з державного та місцевого бюджетів. У рамках політики щодо первинної профілактики ВІЛ серед молоді розробити Національну стратегію просування здорового способу життя. Також доцільно запровадити соціально-медичну модель, що передбачає посаду соціального працівника в усіх установах, які надають спеціалізовані послуги. Важливим є розроблення, адаптація та впровадження моделей охоплення послугами маргіналізованих груп молоді, вдосконалення послуг для ПГР та поліпшення їх доступу до клінік, дружніх до молоді, а також посилення спроможності відповідних фахівців працювати з наймолодшими споживачами послуг.

Необхідно підготувати, впроваджувати та проводити моніторинг виконання національних та обласних планів дій щодо попередження інфікування дітей та збереження життя матерів. Доцільно розробити та впровадити міжгалузеву стратегію щодо залучення клієнтів, яких важко охопити, для того, щоб надати їм доступ до послуг догляду й

підтримки та підвищити рівень довіри між працівниками та клієнтами. Важливо посилити діяльність з охоплення тестуванням на ВІЛ, раннього початку лікування та догляду груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (у тому числі ув'язнених, пацієнтів хворих на гепатити В, С або туберкульоз в активній формі). Нагальною є потреба збільшення обсягів фінансування з державного бюджету на закупівлю необхідних засобів: АРВ препаратів, тест-систем, засобів профілактики тощо. Необхідно спростити процедури виділення коштів з місцевих бюджетів та передавати ці кошти громадським організаціям, які надаватимуть послуги ЛЖВ.

Забезпечення захисту та дотримання прав людини. Необхідно зменшити стигматизацію, дискримінацію та гендерну нерівність у суспільстві взагалі та серед постачальників послуг, у тому числі медичних працівників, співробітників правоохоронних органів, соціальних працівників тощо. Також доцільно розвивати та забезпечувати дотримання законодавства про права людини, внести зміни до порядку надання послуг, зробити їх більш дружніми до груп підвищеного ризику та ЛЖВ. Мають бути розроблені та впроваджені механізми моніторингу порушень прав людини та оцінки рівня стигматизації у суспільстві, серед постачальників послуг, співробітників правоохоронних органів та органів юстиції. Для зниження дискримінаційної поведінки серед постачальників послуг необхідним є проведення національних інформаційних та освітніх кампаній і включення цих питань до системи підготовки та підвищення кваліфікації.

Вставка 3.6.1. Показники Гармонізованого звіту України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу 2012 року

У 2012 році Україна підготувала Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу. Цей звіт, що містить 45 показників із 56 показників, рекомендованих для усіх країн-членів ООН, характеризує стан відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні. Значення показників Гармонізованого звіту України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу наведено у Додатку Б (таблиця Б.2.).

ЗАВДАННЯ 6.В.: ЗМЕНШИТИ НА 20% РІВЕНЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

В Україні досягнуто значного прогресу у напрямі протидії туберкульозу: у 2012 році фактичні показники захворюваності на туберкульоз і смертності від цього захворювання майже досягли цільових показників. Позитивних зрушень досягнуто завдяки діяльності Уряду України відповідно до зобов'язань щодо протидії туберкульозу, у тому числі шляхом стабільного фінансування Загальнодержавних програм, перегляду та затвердження важливих регуляторних і нормативних актів, постійного контролю за їх виконанням.

Суттєве поліпшення епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні відбулося, значною мірою, завдяки реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007 – 2011 роки. За 15-річний період погіршення епідемічної ситуації (з 1990 по 2005 рік) рівень захворюваності на туберкульоз та рівень смертності збільшились у понад 2,5 раза (рис. 3.6.4). У 2006 році було уперше зазначено позитивну динаміку цих показників. У 2012 році рівень захворюваності на туберкульоз було знижено на 19% порівняно з 2005 роком (68,2 випадку на

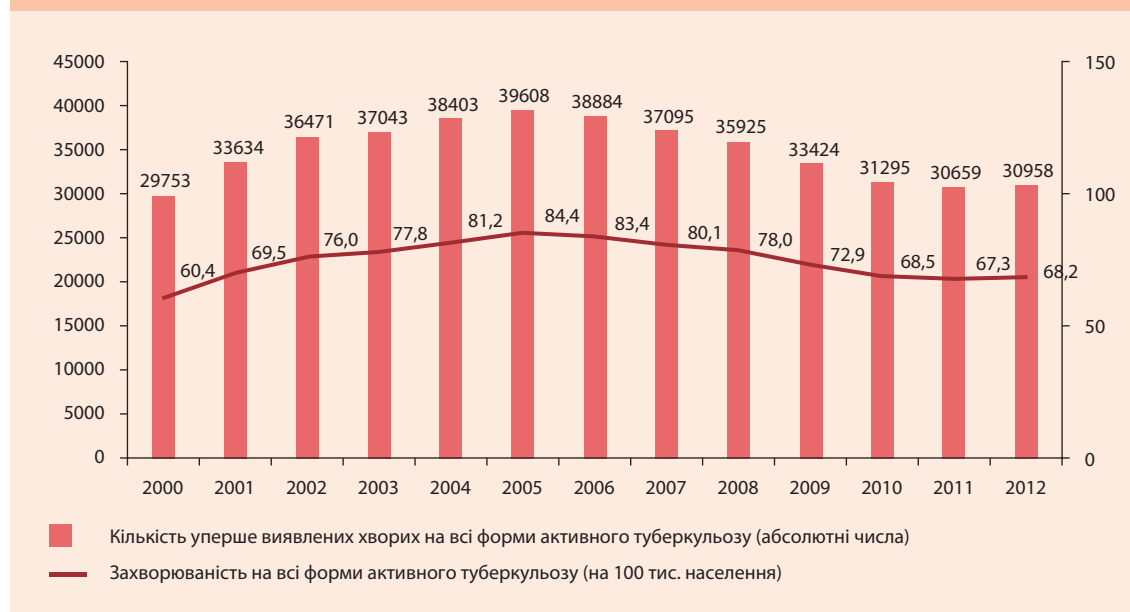
100 тис. населення). Рівень смертності за цей період було знижено на 40% (у 2012 році – 15,1 на 100 тис. населення), тобто майже досягнуто цільові показники 2015 року.

За останні три роки відмічається уповільнення темпів зниження рівня захворюваності на туберкульоз майже вдвічі. З 2005 по 2009 рік показник захворюваності знизився на 13,6%, а з 2009 по 2012 рік – на 6,4%. У 2012 році було зареєстровано збільшення показника захворюваності на туберкульоз на 1,3% за рахунок 11 областей України, де спостерігався приріст більше ніж на 1%.

У чотирьох регіонах рівень захворюваності майже не змінився, у 12 регіонах – знизився. Таке уповільнення пов'язано з одного боку з покращенням виявлення туберкульозу в групах ризику, а з іншого – зі збільшенням захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ.

Така сама тенденція відмічається за показником смертності, тобто також спостерігається уповільнення темпів його зниження вдвічі (з 2005 по 2009 рік він скоротився на 28,1%, з

Рис. 3.6.4. Динаміка захворюваності на всі форми активного туберкульозу в Україні у 2000 – 2012 роках



Таблиця 3.6.1. Показники захворюваності на уперше діагностований туберкульоз в Україні

№ з/п	Регіон	Усього, осіб (абсолютні числа)						Кількість уперше діагностованих осіб на 100 тис. населення					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	АР Крим	1678	1706	1673	1639	1491	1497	85,2	86,9	85,4	83,8	76,3	76,6
2	Вінницька	1008	1070	965	925	895	899	60,0	64,3	58,4	56,3	54,8	55,3
3	Волинська	702	672	652	580	537	534	67,8	65,0	63,1	56,1	51,9	51,6
4	Дніпропетровська	3219	3122	3290	3140	3179	3082	94,1	92,0	97,6	93,7	95,4	92,9
5	Донецька	4325	4121	3860	3570	3231	3148	94,7	91,1	86,0	80,2	73,1	71,7
6	Житомирська	1093	1170	1004	978	920	880	82,9	89,6	77,5	76,0	71,9	69,1
7	Закарпатська	742	746	748	744	711	726	59,8	60,2	60,3	59,9	57,1	58,2
8	Запорізька	1685	1500	1303	1219	1185	1243	91,3	81,9	71,6	67,3	65,8	69,4
9	Івано-Франківська	981	959	941	911	905	959	71,0	69,5	68,3	66,1	65,7	69,6
10	Київська	1238	1227	1068	988	964	1168	70,9	70,9	62,0	57,6	56,3	68,2
11	Кіровоградська	1067	1002	897	823	795	775	101,9	97,0	87,9	81,4	79,2	77,8
12	Луганська	2461	2383	2117	1904	1828	1795	103,5	101,4	91,0	82,5	79,9	79,1
13	Львівська	1939	1828	1866	1678	1630	1680	76,0	71,9	73,6	66,3	64,5	66,6
14	Миколаївська	1262	1226	1167	1076	1056	1028	104,2	101,9	97,6	90,5	89,3	87,3
15	Одеська	2077	2084	1873	1842	2087	2235	87,1	87,4	78,7	77,4	87,8	94,0
16	Полтавська	884	904	842	789	817	889	57,7	59,6	56,0	52,9	55,2	60,5
17	Рівненська	864	879	800	679	720	710	74,9	76,4	69,6	59,0	62,5	61,6
18	Сумська	666	657	594	597	663	651	55,1	55,0	50,3	51,0	57,2	56,6
19	Тернопільська	722	656	614	594	585	561	65,5	59,9	56,3	54,7	54,1	52,1
20	Харківська	2199	2012	1749	1592	1492	1359	78,6	72,4	63,2	57,8	54,5	49,8
21	Херсонська	1689	1369	1209	1167	1070	1167	151,4	123,8	110,1	106,9	98,5	107,9
22	Хмельницька	871	863	793	707	694	680	64,1	64,1	59,3	53,1	52,4	51,6
23	Черкаська	913	871	867	769	733	800	68,9	66,4	66,7	59,5	57,2	62,8
24	Чернівецька	454	437	446	443	440	438	50,3	48,5	49,5	49,2	48,8	48,5
25	Чернігівська	842	928	817	749	722	675	73,6	82,3	73,4	68,0	66,3	62,5
26	м. Київ	1256	1280	1023	950	1073	1143	46,9	47,4	37,6	34,6	38,9	41,2
27	м. Севастополь	258	253	246	242	236	236	68,4	67,0	65,1	63,9	62,3	62,2
Україна		37095	35925	33424	31295	30659	30958	79,8	77,8	72,7	68,4	67,2	68,1

2009 року по 2012 рік – на 17,0%). Стабілізувався рівень захворюваності на туберкульоз серед підлітків. Захворюваність на туберкульоз серед дітей за період епідемії не зазнала суттєвих коливань і перебувала на одному й тому самому рівні – 8–9 випадків на 100 тис. дитячого населення. Запровадження Реєстру хворих на туберкульоз та поліпшення системи обліку хворих забезпечило зменшення контингенту хворих на активний туберку-

льоз на 34,1% (з 83 990 до 55 328 осіб) протягом 2009 – 2012 років.

Суттєве зниження показника смертності значною мірою відбулося внаслідок зміни структури хворих на уперше діагностований туберкульоз. У 2012 році серед хворих з новими випадками було 15,3% хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. Рівень летальності серед цього контингенту наба-

Таблиця 3.6.2. Випадки туберкульозу в групах ризику і ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ у регіонах, де зареєстровано збільшення рівня захворюваності у 2011 – 2012 роках

Регіон	Кількість осіб із груп ризику серед хворих на уперше діагностований туберкульоз, абс. число		Темпи приросту, %	Кількість осіб з новими випадками ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, абс. число		Темпи приросту, %
	2011	2012		2011	2012	
Закарпатська	88	151	41,7	7	12	41,7
Запорізька	232	262	11,5	122	136	10,3
Івано-Франківська	68	88	18,1	24	31	22,6
Київська	236	259	8,8	102	169	39,6
Львівська	261	351	25,6	67	96	30,2
Одеська	235	256	8,2	475	556	14,6
Полтавська	170	145	-17,2	85	116	26,7
Херсонська	276	212	-30	135	153	11,8
Черкаська	112	237	52,7	117	149	21,5
м. Київ	272	236	15,2	179	228	7,2

Вставка 3.6.2. Оціночні та зареєстровані показники захворюваності

За даними ВООЗ оціночний показник захворюваності на туберкульоз в Україні у 2011 році становив 89 випадків на 100 тис. населення, тобто був у діапазоні 74 – 105 випадків⁵⁹, що на 25% більше за фактичний показник (в 2011 році – 67,2 випадку на 100 тис. населення). Розбіжність між оціночним і зареєстрованим показником захворюваності значною мірою зумовлена недостатнім доступом до медичної допомоги представників уразливих груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, клієнти центрів соціальної допомоги, колишні ув'язнені, особи без постійного місця проживання та ін.). Основним бар'єром для проходження обстеження на туберкульоз є відсутність бажання обстежуватися через наявність таких негативних соціальних чинників, як: стигматизація, ризикова поведінка, шкідливі звички. Розв'язання цієї проблеми потребує активного залучення громадян до їх обстеження та надання психологічної підтримки під час діагностики й лікування хвороби (рис. 3.6.5).

гато вищий, ніж серед ВІЛ-негативних пацієнтів. Згідно з законодавством усі випадки смерті від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ реєструються як випадки смерті від СНІДу, а не туберкульозу. Рівень смертності від СНІДу лише за останні три роки збільшився на 6,8% (з 11,7 випадка на 100 тис. населення до 12,5 випадка). Для порівняння, у 2005 році, коли рівень смертності від туберкульозу був найвищим, питома вага хворих з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ серед пацієнтів з новими випадками туберкульозу становила 8,1%, що на 47% менше, ніж у 2012 році,

у 2009 році у структурі хворих на уперше діагностований туберкульоз було 10,1% ВІЛ-інфікованих осіб.⁶⁰

Мікробіологічна діагностика туберкульозу. Завдяки організації роботи мережі лабораторій із мікробіологічної діагностики туберкульозу, налагодженню співпраці між Національною та Супранациональною лабораторією й упровадженню системи зовнішнього і внутрішнього контролю якості вдалося зна-

⁵⁹ Global tuberculosis report, WHO, 2012.

⁶⁰ Туберкульоз в Україні, Аналітично-статистичний довідник за 2002 – 2012 роки, Київ, 2013 р. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №39, Київ, 2013 р.

Рис. 3.6.5. Основні бар'єри для проходження обстеження на туберкульоз за результатами анкетування 175 представників уразливих груп



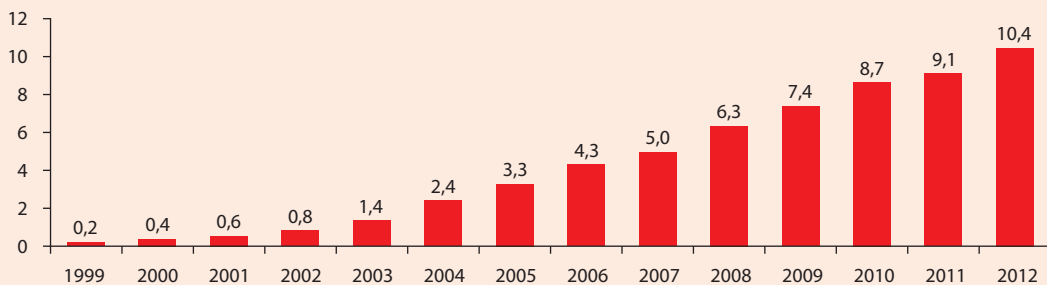
Примітка: за даними дослідження в рамках проекту «Покращання діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику у сільській місцевості та у малих містах України», реалізованого міжнародною громадською організацією «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я» в рамках програми BOO3 TB-Reach

чно поліпшити мікробіологічну діагностику туберкульозу. Якщо на початку реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007 – 2011 роки, тобто у 2006 році, в структурі нових випадків туберкульозу лише у 30,4% пацієнтів підтверджували діагноз туберкульозу виділенням збудника захворювання, то в 2012 році цей показник становив 51,3%. Якщо у 2006 році у загальнолікувальній мережі діагносту-

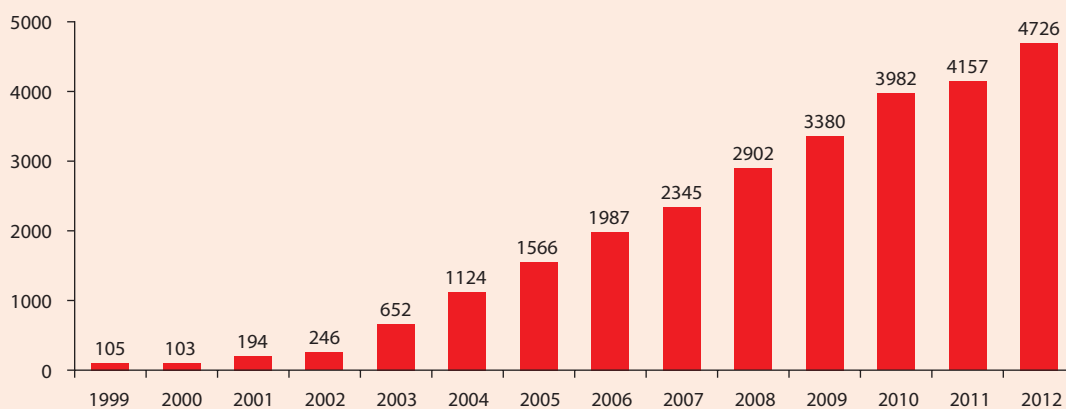
вали туберкульоз методом мікроскопії мазка мокротиння у пацієнтів із підозрою на туберкульоз усього в 0,3% випадках, то в 2012 році цей показник становив 1,4% (критерій BOO3 – 5%). Наразі обстеження на туберкульоз шляхом мікроскопії мазка мокротиння проводять в кожній районній лікарні.

Вплив ВІЛ-інфекції на перебіг епідемії туберкульозу. На фоні стабілізації та покращу-

Рис. 3.6.6. Захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ у 1999 – 2012 роках, кількість випадків на 100 тис. населення



Примітка: офіційні статистичні дані щодо захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ були відсутні в Україні до 1999 року

Рис. 3.6.7. Кількість хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ у 1999 – 2012 роках, абс. число

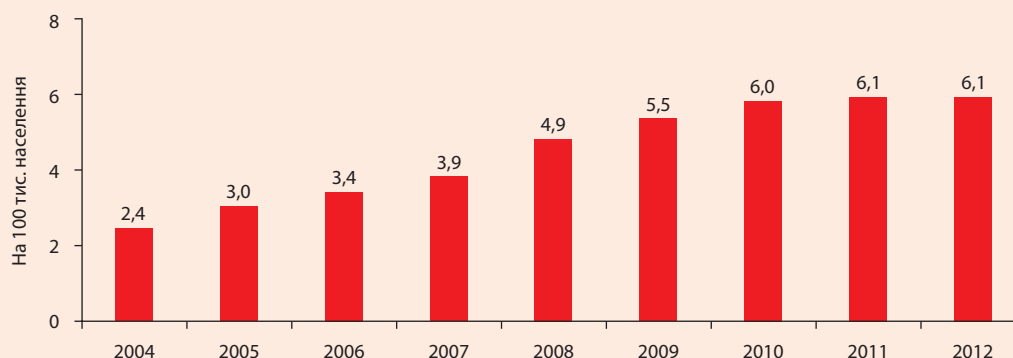
Примітка: офіційні статистичні дані щодо захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ були відсутні в Україні до 1999 року

щання епідемічної ситуації щодо туберкульозу в умовах збільшення кількості людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, спостерігається щорічне зростання захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ (рис. 3.6.6 – 3.6.7). З 2000 року показник захворюваності на ко-інфекцію збільшився у 45,9 раза і становив в 2012 році 10,4 випадку на 100 тис. населення. У 2005 році, коли мав місце найвищий показник захворюваності на туберкульоз, показник захворюваності на ко-інфекцію становив 3,3 випадку на 100 тис. населення.

Збільшення захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ можна розцінювати як позитивне явище, оскільки за останні три роки спостерігається суттєве зменшення темпів приросту смертності від поєднаного захворювання (рис. 3.6.8 – 3.6.9). Це відбулося внаслідок поліпшення діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб,

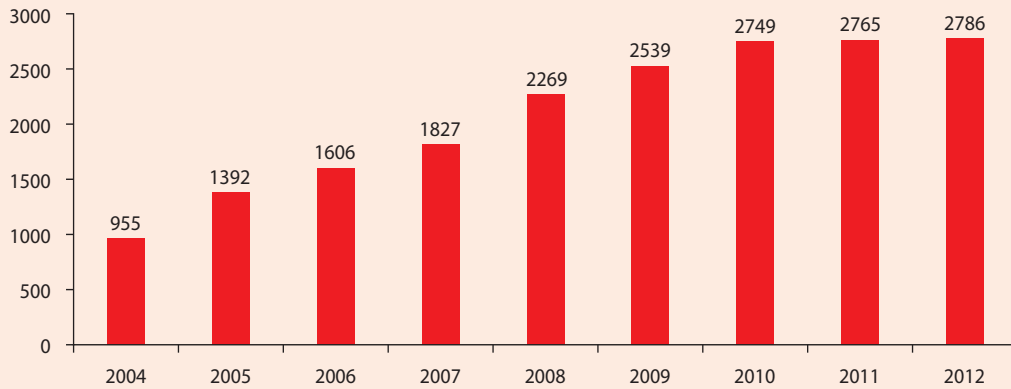
широкомасштабного консультування та тестування хворих на туберкульоз на ВІЛ-інфекцію, запровадження антиретровірусної терапії, налагодження співпраці між протитуберкульозною службою та Центрами боротьби та профілактики ВІЛ/СНІДу. Так, якщо рівень захворюваності на ко-інфекцію з 2005 по 2009 рік збільшився на 53,7%, а показник смертності від поєднаного захворювання – на 55,2%, то з 2009 до 2012 року темпи зростання захворюваності на ко-інфекцію значно випереджали темпи збільшення смертності – відповідно на 28,5% та 8,9%. В 2012 році не було збільшення смертності від поєднаного захворювання.

Упровадження заходів державної політики протидії туберкульозу за підтримки міжнародних партнерів (ВООЗ, Програми оптимальних технологій у сфері охорони

Рис. 3.6.8. Смертність від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ на 100 тис. населення у 2004 – 2012 роках

Примітка: офіційні статистичні дані щодо смертності від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ були відсутні до 2004 року

Рис. 3.6.9. Кількість померлих від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ у 2004 – 2012 роках, абс. число



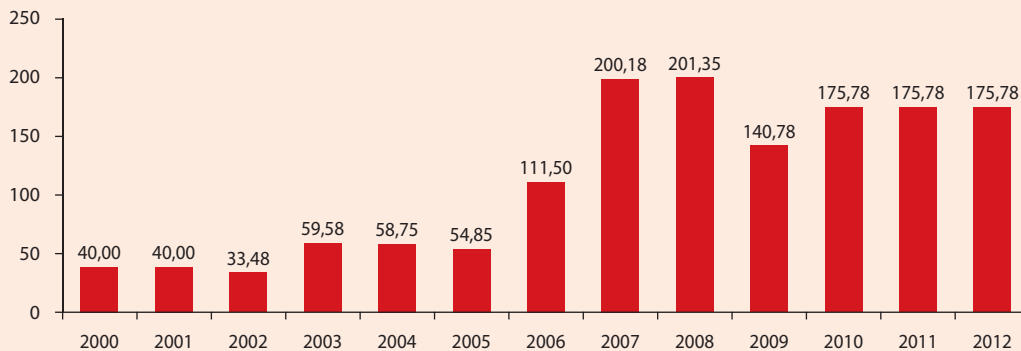
Примітка: офіційні статистичні дані щодо смертності від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ були відсутні до 2004 року

здоров'я, Міжнародної громадської організації «Науки управління для охорони здоров'я») із стабільним фінансуванням, контроль за виконанням заходів Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на всіх рівнях забезпечили позитивну динаміку відповідних показників. Була впроваджена адаптована міжнародна ДОТС-стратегія, заходи якої охоплювали усі напрями надання фтизіатричної допомоги населенню, у тому числі діагностику та лікування мультирезистентного туберкульозу, ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, туберкульозу у дітей.

Це знайшло відображення у Загальнодержавній програмі протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 – 2011 роках, що базувалася на принципах міжнародної стратегії протидії туберкульозу «Зупинити туберку-

льоз» (запропонована ВООЗ на зміну ДОТС-стратегії та ДОТС-плюс стратегії). У 2010 році фінансування заходів Програми з Державного бюджету за даними МОЗ збільшилося на 35 млн грн і складало 175,78 млн грн, що на 64,28 млн грн більше, ніж у 2006 році на початку виконання програми (рис. 3.6.10). Відбулося суттєве збільшення фінансування заходів Програми з місцевих бюджетів. Переважна більшість коштів спрямована на поліпшення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів, створення та оснащення відділень для лікування хіміорезистентного туберкульозу, відділень/палат для осіб, щодо яких прийнято судові рішення про примусову госпіталізацію, а також на розвиток мережі з лабораторної діагностики даного захворювання. Нині в усіх регіонах України функціонують відділення для лікування хіміорезистентних форм туберкульозу.

Рис. 3.6.10. Динаміка фінансування заходів протидії поширенню туберкульозу в Україні у 2000 – 2012 роках, млн грн



Джерело: МОЗ України

За цей період у країні було сформовано координаційний механізм країни втілення державної політики протидії туберкульозу, функції якого покладені на Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, утворену згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 11.07.2007 р. №926.

У відповідь на поширення мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ з боку держави було здійснено низку заходів, серед яких є перегляд Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» та затвердження його нової редакції, якою введено такий інструмент, як інфекційний контроль за туберкульозом у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз. Крім того, регламентовано, що лікування може проводитись, у першу чергу, амбулаторно, а також в умовах стаціонару та вдома при відмові пацієнта від госпіталізації, тобто медична допомога орієнтована більше на пацієнта, ніж на медичний заклад.

На підставі аналізу організаційних і фінансових прогалин у впровадженні Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007 – 2011 роки та у відповідь на поширення мультирезистентного туберкульозу в Україні було розроблено п'ятирічний план профілактики та подолання мультирезистентного туберкульозу, для впровадження якого Україна залучила додаткові фінансові та технічні ресурси від Глобального Фонду у 2009 році. Впровадження заходів нової Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки спрямовано на розвиток сучасної мережі з лабораторної діагностики туберкульозу, підвищення якості медичних послуг щодо діагностики та лікування для уразливих груп населення, діагностики та лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, посилення ролі первинної медико-санітарної допомоги в контролі за туберкульозом, розвиток інформаційної кампанії для соціальної мобілізації суспільства з метою боротьби із туберкульозом.

Ця Програма включає також низку заходів щодо підвищення спроможності закладів первинної та вторинної медичної допомоги у напрямі профілактики захворювання на туберкульоз шляхом упровадження регулярних медичних оглядів населення та надання якісної інтегрованої допомоги щодо своєчас-

ного виявлення туберкульозу, профілактики та лікування захворювань, які підвищують ризик захворювання на туберкульоз. Програма визначає напрями посилення можливостей лабораторної мережі та впровадження сучасних заходів інфекційного контролю за туберкульозом. Також програма передбачає впровадження підходу до надання медичної допомоги, що орієнтований на пацієнта. У Програмі визначаються напрями посилення координації протитуберкульозної служби та служби протидії ВІЛ/СНІДу щодо виявлення випадків туберкульозу, своєчасного діагностування мультирезистентного туберкульозу тощо, та напрямів поглиблення взаємодії та координації між урядовими установами та громадськими організаціями щодо своєчасної діагностики й лікування хворих на звичайний і мультирезистентний туберкульоз осіб з груп ризику

У грудні 2012 року було затверджено наказом МОЗ України від 21.12.2012 р. №1091 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», який включає питання ведення випадку звичайного та хіміорезистентного туберкульозу у дорослих і дітей на всіх рівнях надання медичної допомоги. Клінічний протокол було розроблено відповідно до міжнародних стандартів, основним принципом яких є використання найкращих світових практик на принципах доказової медицини.

Для подолання кадрової кризи у протитуберкульозній службі було здійснено заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз, та підвищення заробітної плати медичним працівникам на 60% та 30%. З 2012 року почав функціонувати електронний Реєстр хворих на туберкульоз⁶¹.

Україна звернулася до ВООЗ щодо надання технічної підтримки у проведенні широко-масштабних епідеміологічних досліджень з питань поширення хіміорезистентного туберкульозу, для встановлення об'єктивних даних щодо поширення цієї хвороби, рівень якої майже в усіх країнах перевищує дані офіційної статистики. Це необхідно для планування фінансових витрат і правильного розрахунку потреби у протитуберкульозних препаратах та тестах для швидкої діагностики туберкульозу.

⁶¹ Наказ МОЗ України від 19.10.2012 р. № 818 «Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз».

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Бідність і уразливі групи населення. В усьому світі бідні та соціально незахищені верстви населення найбільше потерпають від туберкульозу. В Україні у структурі хворих на уперше діагностований туберкульоз у 2012 році було 55,4% (у 2011 – 50,3%) непрацюючих осіб працездатного віку, 10,9% зловживають алкоголем, 2,9% вживають наркотики, 2,9% – особи без визначеного місця проживання, 0,6% осіб звільнилися з місць позбавлення волі. Разом цей контингент складає 72,1% від загальної кількості. Регіональна нерівність щодо соціальної структури хворих на туберкульоз зумовлена соціально-економічною ситуацією в регіоні, насамперед рівнем безробіття.

Поширення мультирезистентного туберкульозу може призупинити прогрес у досягненні цілі, оскільки це уповільнюватиме зниження показників захворюваності та смертності від туберкульозу. У 2012 році кількість випадків уперше діагностованого підтвердженого мультирезистентного туберкульозу становила 6934 (у 2011 році – 4305, у 2010 році – 4056) (рис. 3.6.11).

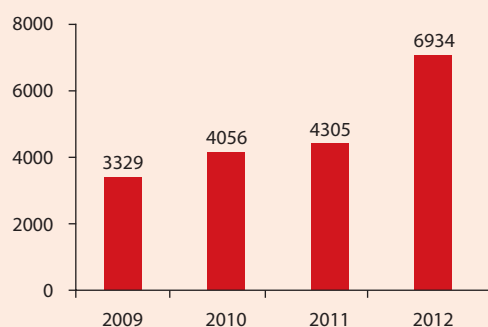
Основною причиною поширення мультирезистентного туберкульозу у всіх країнах світу є недоліки та прогалини в реалізації програми контролю за туберкульозом, а саме: відсутність швидкої лабораторної діагностики туберкульозу та мультирезистентного туберкульозу; відсутність адекватного інфекційного контролю за туберкульозом у медичних закладах; низька якість контрольованого лікування та невисока схильність до лікування з боку хворих; нерегулярні поставки протитуберкульозних препаратів та недостатня кількість протитуберкульозних препаратів II ряду для лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз. Усі перелічені чинники тією чи іншою мірою притаманні Україні.

Ускладнюють ситуацію специфічні для нашої держави чинники, пов'язані з системою охорони здоров'я. Фінансування медичної галузі з розрахунку на ліжко-день при низькому рівні матеріального забезпечення в цілому вимагає утримання непотрібних ліжок та забезпечення їх роботи. Медична допомога спрямована на стаціонарне лікування, що уповільнює розвиток якісного амбулаторного лікування та сприяє поширенню внутрішньолікарняних мультирезистентних форм

захворювання. Тривалість лікування хворих на звичайний туберкульоз становить 6 місяців, а хворих на мультирезистентний туберкульоз – 20 місяців. Утримання хворого на стаціонарному ліжку протягом цього періоду призводить до втрати соціальних і родинних зв'язків, сприяє порушенню лікарняного режиму, оскільки пацієнтам, які себе добре почувають, немає чим себе зайняти у лікарні. Багато пацієнтів переривають лікування та самовільно йдуть зі стаціонару. Соціальна підтримка хворим на амбулаторному етапі лікування в переважній більшості регіонів України не надається.

За оцінками ВООЗ, в Україні мультирезистентну форму має близько 16% (14% – 18%) нових виявлених випадків туберкульозу та приблизно 44% (40% – 49%) випадків повторного лікування туберкульозу, внаслідок чого загальна кількість нових пацієнтів з мультирезистентною формою туберкульозу, що потребують лікування, сягає у середньому 8700 (6800 – 11000) щороку⁶². Розбіжність у оцінці кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз пов'язана з обмеженими можливостями щодо його діагностики. В Україні лише з кінця 2012 року було запроваджено швидкі молекулярно-генетичні методи діагностики, що сприяло стрибку захворюваності на мультирезистентний туберкульоз на 48%.

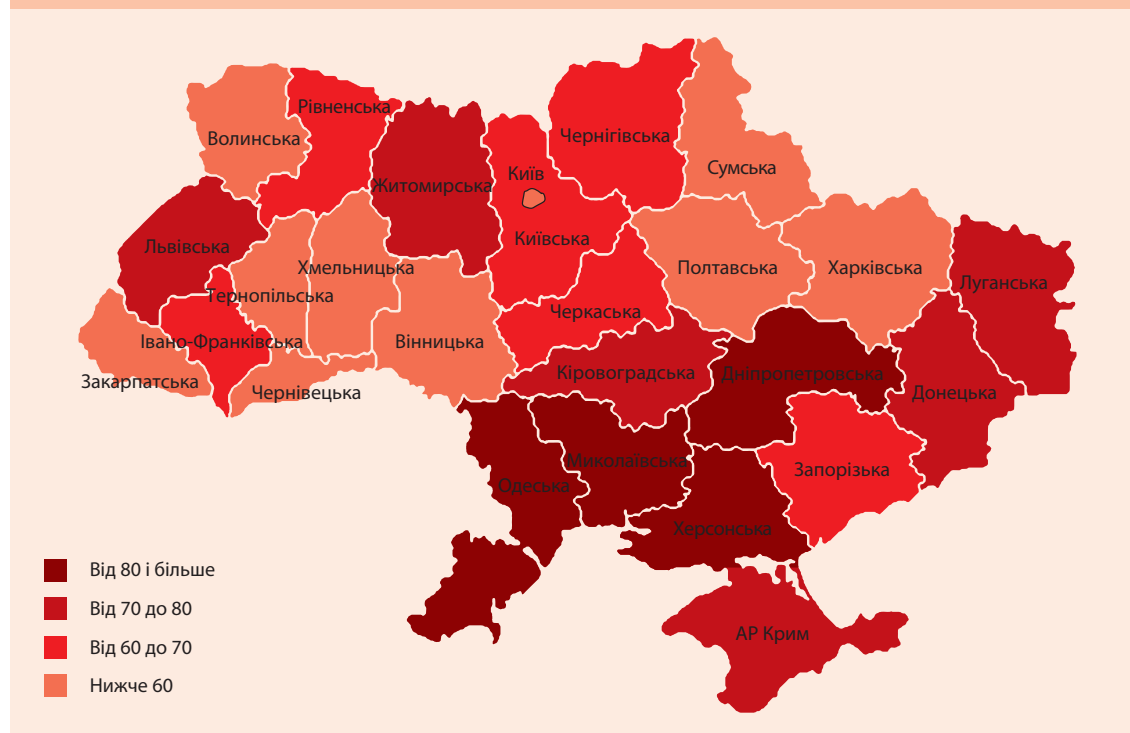
Рис. 3.6.11. Кількість нових випадків захворювання на мультирезистентний туберкульоз у 2009 – 2012 роках, абс. число



Примітка: до 2009 року офіційні дані щодо кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз відсутні; дані використані з форми звітності «Звіт про кількість хворих, які були зареєстровані у 4 категорії (ТБ 07-МР ТБ)»

⁶² Global Tuberculosis Control, WHO, 2010. Global tuberculosis report, WHO, 2012.

Рис. 3.6.12. Захворюваність на туберкульоз у розрізі регіонів України у 2012 році, кількість осіб з уперше встановленим діагнозом туберкульозу на 100 тис. населення



Діагностика туберкульозу і мультирезистентного туберкульозу. Уразливі групи населення мають обмежений доступ до медичних послуг із діагностики туберкульозу та не бажають обстежуватися через стигму, віддаленість медичних закладів, бідність, що зумовлює щорічне недовиявлення хворих на туберкульоз і спричинені цією обставиною розбіжність між даними офіційної статистики та розрахунковими показниками захворюваності (рис. 3.6.12). Виявлення цих пацієнтів можливе лише за умови їх активного залучення до обстеження. Проте вирішення питання уповільнюється через недостатню роботу первинної ланки медико-санітарної допомоги з уразливими групами населення. Соціальні служби, які працюють з цими контингентами, практично не залучені до послуг з виявлення туберкульозу.

Незважаючи на впровадження швидких методів мікробіологічної діагностики туберкульозу, доступ до них мають не усі хворі на туберкульоз. Багато хворих з новими та повторними випадками туберкульозу легень мікробіологічно не обстежуються, що підтверджується даними офіційних статистичних форм за 2012 рік. Так, згідно зі статистичною формою ТБ07 «Звіт про загальну кількість випадків туберкульозу I, II та III

категорії хворих», у 2012 році зареєстровано 21691 хворий з новими випадками туберкульозу легень, з повторними випадками – 9856 осіб. Згідно зі статистичною формою ТБ010 «Звіт про результати дослідження стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів у хворих на туберкульоз легень» методом посіву не обстежено 154 хворих з новими випадками туберкульозу та 1830 осіб з повторним лікуванням. Тест медикаментозної резистентності не проводили 725 осіб з позитивною культурою у хворих з новими випадками та у 1830 хворих з повторним лікуванням. Усього у 2012 році мікробіологічно не обстежено 2902 хворих, які перебувають у протитуберкульозних закладах. Така ситуація зумовлена відсутністю можливості транспортувати мокротиння до лабораторій II і III рівня через нестачу санітарного транспорту та бензину. Хворий без встановленого діагнозу мультирезистентного туберкульозу і без відповідного лікування залишається в стаціонарі тривалий період (як мінімум 5 – 6 місяців) із бактеріовиділенням і таким чином інфікує мультирезистентним туберкульозом усіх хворих відділення.

Лікування хворих на туберкульоз. Через поширення мультирезистентного тубер-

кульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ показник ефективного лікування хворих на уперше діагностований туберкульоз із бактеріовиділенням в Україні на 31,5 % нижче індикативного, що визначений ВООЗ – 85%. У 2010 році від туберкульозу вилікували лише 56,6 %, у 2011 році – 58,2 % від загальної кількості хворих. У 2011 році відзначали зменшення показника летальності від туберкульозу з 18,0% у 2010 році до 12,9%. Рівень невдалого та перерваного лікування лишається вище індикативного (5%), у 2011 році становив відповідно 18,2 і 7,7%. Хворі із невдачею та перерваним лікуванням поширюють інфекцію серед популяції населення, що в найближчому майбутньому може знову призвести до збільшення рівня захворюваності на туберкульоз.

Доступ до медичних послуг. Існуючий підхід до надання медичної допомоги, орієнтований на стаціонарне лікування, перешкоджає багатьом пацієнтам звертатися за медичною допомогою через побоювання втратити суспільні та професійні зв'язки. Перешкодою для доступу пацієнтів за медичною допомогою є фінансові питання, пов'язані з вартістю проїзду, оплатою за додаткові обстеження й медичні препарати для лікування супутніх захворювань та усунення побічних реакцій від протитуберкульозної хіміотерапії.

Закупівля протитуберкульозних препаратів. Нерівномірне фінансування заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, а також особливості вітчизняних тендерних процедур (тривалість процесу та нерівномірність закупівель) створюють ризики щодо перебоїв із закупівлею або поставками тих чи інших протитуберкульозних препаратів, що може призвести до пере-

рви в лікуванні та призначення неповноцінної схеми хіміотерапії.

Система охорони здоров'я. Реформування протитуберкульозної служби та оптимізація мережі протитуберкульозних закладів є нагальним завданням розвитку системи охорони здоров'я. З 2010 року кількість ліжок зменшено на 6,8%, проте вона ще залишається надмірно великою. Наразі в Україні працює 22722 стаціонарних ліжка. У 2012 році було виявлено 13949 осіб з новими випадками туберкульозу та 7707 хворих з повторними випадками (разом 21653 особи), які виділяли мікобактерії туберкульозу та яким показано стаціонарне лікування. Ці пацієнти мають перебувати на ліжку 2 – 3 місяці до припинення бактеріовиділення, а потім лікуватись амбулаторно. Зрозуміло, що при такій кількості ліжок більшість хворих госпіталізують без належних показань. Звісно, ще є пацієнти з хронічними формами туберкульозу, яким потрібна ізоляція в умовах стаціонару, проте більшість з них мають невеличкі форми захворювання та потребують лише паліативного лікування. Водночас система останнього у фтизіатричній галузі взагалі відсутня.

Інфекційний контроль щодо туберкульозу в медичних закладах. Незадовільний матеріально-технічний стан багатьох протитуберкульозних закладів і застарілі приміщення, які потребують капітального ремонту, не дозволяють дотримуватися стандартів інфекційного контролю в медичному закладі, що сприяє поширенню внутрішньо лікарняної інфекції. Протитуберкульозні заклади недостатньо забезпечені інженерними засобами інфекційного контролю (лампами ультрафіолетового опромінення, механічною вентиляцією тощо).

РЕКОМЕНДАЦІЇ НА ШЛЯХУ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Захворювання на туберкульоз значною мірою зумовлено соціально-економічними чинниками та бідністю, тому зусилля мають бути спрямовані на постійне зростання добробуту населення, подолання безробіття та бідності, підвищення санітарної культури населення.

Доступ до медичних послуг із діагностики. Необхідно наблизити медичні послуги щодо обстеження на туберкульоз і лікування до уразливих груп населення шляхом розвитку системи аутріч-послуг із залученням соціальних служб, неурядових організацій, волонтерів, забезпечуючи активне виявлення

захворювання за допомогою анкетування, дослідження мокротиння та флюорографічного обстеження. Також важливо налагодити роботу закладів первинної медичної допомоги з уразливими групами населення.

Покращання діагностики туберкульозу. Необхідно надати доступ до швидкої діагностики туберкульозу та мультирезистентного туберкульозу усім хворим із новими та повторними випадками захворювання шляхом безперебійного постачання діагностичних тестів, організації транспортування зразків мокротиння до мікробіологічної

лабораторії III рівня. Відповідно до клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», доцільно розробити та затвердити локальні протоколи із визначенням маршруту пацієнта на всіх етапах діагностики та лікування.

Доступ до лікування та забезпечення його безперервності. Необхідно узяти на лікування 100% хворих з новими випадками мультирезистентного туберкульозу та забезпечити його безперервність шляхом організації амбулаторного лікування після завершення інтенсивної фази в умовах стаціонару з наданням соціальної та психологічної підтримки хворим. Також необхідно забезпечити регулярні й рівномірні постачання протитуберкульозних препаратів для чіткого дотримання правильних схем лікування, організувати своєчасну передачу протитуберкульозних препаратів II ряду до центральних районних лікарень, де хворі на мультирезистентний туберкульоз проходять амбулаторний етап лікування. Потребує вдосконалення фармакологічний нагляд у протитуберкульозній службі. В кожному регіоні необхідно відкрити відділення для паліативного лікування з належними умовами інфекційного контролю для ізоляції невиліковних хворих і надання їм необхідної медичної допомоги.

Система охорони здоров'я. Необхідним є реформування протитуберкульозної служби шляхом упровадження альтернативних механізмів фінансування протитуберкульозних установ із розрахунку не на ліжко, а на медичні послуги. Також необхідно оптимізувати мережу лікарняних ліжок і привести їх у відповідність до кількості хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням, які вимагають стаціонарного лікування; надавати пріоритет амбулаторному лікуванню, спрямовуючи медичні послуги на хворого, а не на медичний заклад; забезпечити дотримання вимог інфекційного контролю щодо туберкульозу в відповідних лікувальних закладах; провести капітальні або поточні ремонти в закладах, що забезпечуватиме стаціонарну допомогу хворим, для приведення цих закладів до належних санітарно-епідеміологічних норм.

Моніторинг протитуберкульозних заходів. Необхідно забезпечити регулярний моніторинг виконання протитуберкульозних заходів на центральному та регіональному рівнях з державним фінансуванням цих заходів, а також розгляд проблемних питань у контролі за туберкульозом на засіданнях Національної і регіональних рад з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу.

Інформаційно-просвітня робота. Доцільно проводити інформаційні кампанії за участю депутатів, представників органів виконавчої влади, медичних працівників з охопленням широких верств населення щодо висвітлення сучасних проблем у цій сфері. Необхідно змінити уяву населення, представників влади, медичних працівників щодо пріоритетів в організації лікування хворих на туберкульоз, а саме – надання переваги амбулаторному лікуванню. Також доцільно залучати до адвокаційних та інформаційних заходів соціальних партнерів.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні та збільшення кількості ЛЖВ можуть призупинити прогрес на шляху досягнення цільових показників завдання 6.B, оскільки захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ стримуватиме зниження показника захворюваності. Для сталого контролю за цими інфекціями необхідні довготривалі фінансово забезпечені заходи з профілактики туберкульозу та ВІЛ-інфекції. Пріоритетними заходами для попередження інфікування та захворювання на туберкульоз ЛЖВ і ВІЛ – негативних осіб є: широке запровадження антиретровірусної терапії для ЛЖВ; проведення профілактики туберкульозу ізоніазидом у ЛЖВ; надання доступу до медичних послуг з діагностики та лікування туберкульозу представникам уразливих груп населення; швидка діагностика туберкульозу та мультирезистентного туберкульозу в усіх випадках нового та повторного захворювання; правильне та безперервне лікування з перших днів діагностування туберкульозу, ізоляція пацієнтів з заразними формами туберкульозу; суворе дотримання стандартів інфекційного контролю у медичних закладах.



ЦІЛЬ 7
СТАЛИЙ РОЗВИТОК
ДОВКІЛЛЯ

В Україні вдалося досягти певних позитивних зрушень на шляху виконання завдань сталого розвитку довкілля. Суттєво зменшено обсяги викидів та скидів забруднюючих речовин у навколишнє середовище, хоча на ці процеси впливало зниження темпів економічного зростання. Позитивна динаміка спостерігається щодо підвищення лісистості території та збільшення площі заповідників і національних парків. Проблемними залишаються питання щодо забезпечення населення, яке проживає у сільській місцевості, централізованим водопостачанням, та зростання частки площі природоохоронних територій.

ЗАВДАННЯ ТА ІНДИКАТОРИ

Завдання	Індикатори
Завдання 7.A: Збільшити до 2015 року частку населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, зокрема до 90% – міського населення та до 30% – сільського населення	7.1. Частка населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення 7.2. Частка сільського населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення
Завдання 7.B: Стабілізувати до 2020 року викиди парникових газів на рівні, нижчому на 20% за рівень 1990 року	7.3. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення, млн тонн на рік 7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн тонн на рік
Завдання 7.C: Стабілізувати до 2015 року забруднення водних об'єктів. Стабілізувати на рівні 8500 млн куб. м на рік обсяг скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти	7.5. Обсяг скидів зворотних вод у поверхневі водні об'єкти, млн куб. м на рік
Завдання 7.D: Збільшити до 2015 року лісистість території України до 16,1% та площу природоохоронних територій. Розширити мережу природних заповідників, біосферних заповідників та національних природних парків до 3,5% від загальної площі території України і до 9,0% – загальну площу територій та об'єктів природно-заповідного фонду	7.6. Лісистість територій, відношення площі земель, вкритих лісовою рослинністю, до загальної площі території України, % 7.7. Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України 7.8. Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України

2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Індикатор 7.1. Частка населення міських поселень, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення												
88	88	88	87	87	87	87	87	93,2	–	93,4	–	90
Індикатор 7.2. Частка сільського населення, яке має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення												
–	–	–	26	27	–	–	26	22,1	–	22,2	–	30
Індикатор 7.3. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення, млн тонн на рік												
4,05	4,07	4,09	4,15	4,46	4,82	4,81	4,52	3,93	4,13	4,4	4,3	4,7
Індикатор 7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн тонн на рік												
1,99	2,02	2,1	2,17	2,15	2,2	2,57	2,68	2,51	2,54	2,5	2,48	3,2
Індикатор 7.5. Обсяг скидів зворотних вод у поверхневі водні об'єкти, млн куб. м на рік												
10136	9613	9098	8697	8553	8484	8579	8342	7381	7817	7725	7788	8500
Індикатор 7.6. Лісистість територій, відношення земель, вкритих лісовою рослинністю, до загальної площі території України, %												
15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,6	15,7	15,7	15,9	15,9	–	16,1
Індикатор 7.7. Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України												
1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,77	2,77	2,8	3,5
Індикатор 7.8. Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України												
4,2	4,5	4,5	4,57	4,65	4,73	4,95	5,04	5,4	5,7	5,9	6,05	9,0

У таблиці подано офіційні дані Держстату України за 2001–2008 роки щодо кількості селищ міського типу, які мали водопровід; за 2009–2011 роки – дані, наведені у Короткій доповіді щодо прогресу у впровадженні Протоколу про воду та здоров'я в Україні. Також у таблиці наведено дані Держстату за показниками завдання 7.В, Державного агентства лісових ресурсів України за показником 7.6, дані Держстату й Міністерства екології та природних ресурсів України за показниками 7.7 і 7.8 та цільові показники для досягнення до 2015 року (встановлені у 2010 році).

СТАН ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Розвиток держави на засадах концепції сталого розвитку можливий за умови узгодженого вирішення соціальних, економічних та екологічних питань. Ігнорування хоча б одного із названих аспектів тягне за собою нівелювання досягнутих успіхів у інших галузях. Разом з тим, у теперішній час практикується окреме прийняття економічних, соціальних і екологічних рішень, без їх системного поєднання; при цьому існуючий рівень фінансування є недостатнім для досягнення сталого розвитку. Необхідним є залучення значних інвестицій та впровадження більш ефективних комплексних підходів до управління у галузі охорони природи та збереження ландшафтного та біорізноманіття, системної підтримки енерго- та ресурсозберігаючих технологій у промисловості, комунальному та сільському господарстві, розроблення екологоорієнтованих планів використання територій.

Доступ до питної води (централізованого водопостачання). Питання забезпечення населення України якісною та безпечною для здоров'я людини питною водою є одним із найбільш соціально значущих. За ступенем водозабезпечення Україна посідає одне з останніх місць серед країн Європи, а за водоємністю валового суспільного продукту випереджає

їх. При недостатній забезпеченості водними ресурсами, у країні мають місце найбільші норми водокористування (в середньому 250 – 320 літрів/добу/особу). Це щонайменше у два рази вище, ніж середній рівень водопостачання у розвинених країнах світу: середньодобове споживання води одним мешканцем Києва – 270 літрів (за даними ДП «Всеукраїнський державний науково-виробничий центр стандартизації, метрології, сертифікації та захисту прав споживачів» – 450), тоді як у Барселоні (Іспанія) – 106; Амстердамі (Нідерланди) – 100; Антверпені (Бельгія) – 85 літрів/добу/особу. Витрати свіжої води в Україні на одиницю виробленої продукції значно перевищують відповідні показники країн ЄС: Франції – у 2,5 рази, Великої Британії та Швеції – у 4,2 рази, Німеччині – у 4,3 рази.

В Україні зберігається суттєва диспропорція між міським і сільським населенням щодо забезпечення централізованим водопостачанням. Так, за даними Держстату, у 2012 році частка забезпеченого централізованим питним водопостачанням населення порівняно з 2001 роком залишалася практично незмінною у містах, але навіть зменшилась у селищах міського типу та сільських населених пунктах на 2,4% та 1,3% відповідно (табл. 3.7.1).

Таблиця 3.7.1. Забезпечення доступу населення до послуг централізованого водопостачання

Тип населених пунктів	Кількість населених пунктів, забезпечених централізованим водопостачанням, од.		Загальна кількість населених пунктів, од.		Частка населених пунктів, забезпечених централізованим водопостачанням, %	
	2001	2012	2001	2012	2001	2012
Усього	7855	7443	29995	29794	26,2	25
Міста	449	457	451	459	99,5	99,6
Селища міського типу	790	761	893	885	88,4	86
Села	6616	6225	28651	28450	23,1	21,8

Джерело: Державна служба статистики України

У 2011 році частка населення міських поселень, що мають доступ до централізованого водопостачання, становила 93,4%, що на 1,6% менше, ніж у 2005 році⁶³. Щодо ситуації в Україні з водопостачанням сільських населених пунктів, то за оцінками вона є однією

з найгірших порівняно з країнами Європи та СНД. Наразі лише близько 26% сільського населення користуються послугами централізованих систем водопостачання за даними Державного агентства водних ресурсів України, а за даними, наведеними у Короткій доповіді щодо прогресу у впровадженні Протоколу про воду та здоров'я в Україні, ця частка є ще меншою – 22,2% (у 2009 році –

⁶³ Коротка доповідь щодо прогресу у впровадженні Протоколу про воду та здоров'я в Україні, Київ, 2013 р.

22,1%). Решта населення для питних потреб користується місцевими джерелами – шахтними та трубчатими колодзями, саморобними каптажами, прирусловими копанками, а також привізною водою.

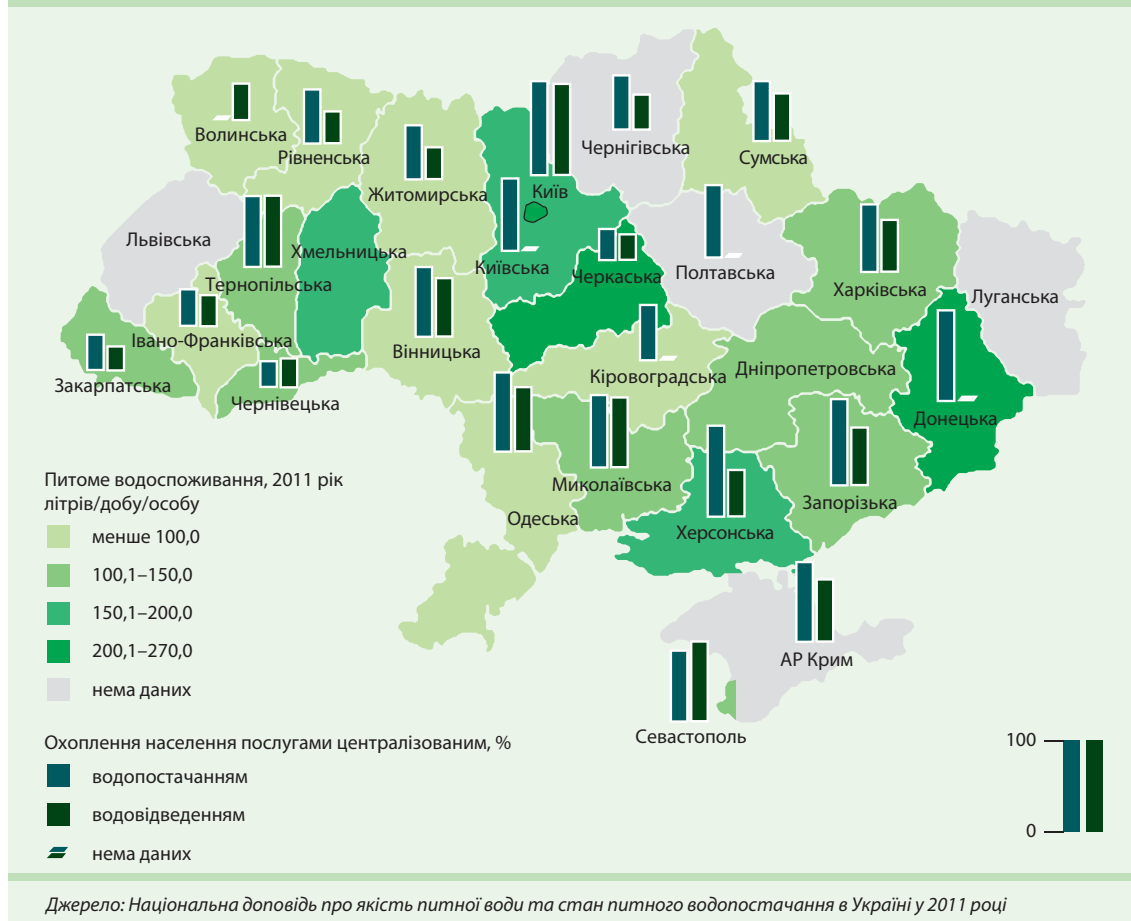
Населення регіонів України нерівномірно забезпечене доступом до централізованого водопостачання: стовідсотковий рівень забезпечення послугами водопостачання мають мешканці м. Києва, на рівні 80 – 90% забезпечено мешканців Херсонської, Донецької, Запорізької, Одеської областей та АР Крим. Для інших областей України цей показник становить менше 80%, причому мешканці близько половини областей України забезпечені централізованим водопостачанням менше, ніж на 50% (рис. 3.7.1).

Цілодобове водопостачання у 2011 році було доступним лише у трьох областях – Тернопільській, Харківській та Чернігівській, а також у м. Київ. Населення всіх інших областей мали проблеми із доступом до води протягом доби. Крім того, низка облас-

тей України через природні або техногенні причини не мають гарантованих джерел водопостачання та змушені частково або повністю користуватися привізною водою. У 2011 році привізної води найбільше потребували населені пункти у Запорізькій (37,4%), Миколаївській (16%) та Дніпропетровській (11,4%) областях. Особливо чутливими до проблем постачання привізною водою є жителі сільських населених пунктів: понад 1200 сіл країни частково або повністю користуються привізною водою. Зокрема це мешканці АР Крим, Дніпропетровської, Донецької, Закарпатської, Запорізької, Одеської, Полтавської, Рівненської, Харківської та Херсонської областей.

Техногенне хімічне забруднення водозбірних басейнів та безпосередньо поверхневих і підземних вод призводить до суттєвого зниження якості питної води. Дані інструментально-лабораторних вимірювань свідчать, що якість води основних джерел централізованого водопостачання на 70% не можна вважати задовільною. Із 663 проб, відібраних у 2011

Рис. 3.7.1. Водопостачання, водовідведення та питоме водоспоживання в Україні у 2011 році



році у районах питних водозаборів, 477 за більше ніж одним показником не відповідали вимогам санітарних норм. Близько 4,6 мільйонів населення у 261 міському поселенні (у 161 місті та 100 селищах міського типу) 25 регіонів держави отримувало питну воду з місцевих джерел з відхиленням від нормативних вимог за такими фізико-хімічними показниками: загальна жорсткість, хлориди, сухий залишок, сульфати, фтор, загальне залізо, нітрати, аміак, марганець. Найвища частка проб з перевищенням нормативів встановлена у пунктах спостережень у басейнах річок Сіверський Донець (до 83%), де сконцентровані численні промислові підприємства, та Дунай (до 84%); найменш забрудненими є води басейну Дністра – до 12% проб із негативним результатом.

Проблема забрудненої питної води тісно пов'язана не лише із впливом промислових підприємств, також важливим питанням є забезпечення населених пунктів і населення водовідведенням. У всіх регіонах України, окрім м Києва, рівень забезпечення як населених пунктів, так і населення системами водовідведення є значно меншим за рівень централізованого водопостачання.

Виконання «Державної цільової соціальної програми першочергового забезпечення централізованим водопостачанням сільських

населених пунктів, що користуються привізною водою, на період до 2010 року», незважаючи на обмежене фінансування, дозволило забезпечити централізованим водопостачанням 44 сільські населені пункти (38 тис. мешканців) Дніпропетровської, Запорізької, Луганської, Львівської, Одеської та Херсонської областей, які раніше користувалися привізною та неякісною водою. З 2013 року реалізується «Загальнодержавна цільова програма розвитку водного господарства та екологічного оздоровлення басейну Дніпра на період до 2020 року». В рамках Національного проекту «Якісна вода» передбачено будівництво 20 000 систем локальної очистки питної води (середня планова продуктивність – близько 1500 літрів/добу/особу). В першу чергу цими системами будуть обладнані об'єкти соціальної інфраструктури (дитячі садки, школи, лікувальні заклади).

Забруднення повітря. Забруднення атмосферного повітря залишається однією з найгостріших екологічних проблем в Україні. Окрім власне забруднення повітря, шкідливі речовини потрапляють у ґрунт та водні об'єкти, погіршуючи якість цих ресурсів. За видами економічної діяльності найбільші обсяги викидів здійснюють підприємства з виробництва та розподілення електроенергії, газу та води, а також добувної та переробної промисловості (рис. 3.7.2).

Рис. 3.7.2. Індекси промислового виробництва та викиди забруднюючих речовин в атмосферу у 2001 – 2012 роках



Джерело: Державна служба статистики України

Коливання обсягів викидів у атмосферу забруднюючих речовин пов'язано із станом економіки в Україні, зокрема із роботою зазначених галузей. Очевидно, що зниження промислового виробництва призводить до зниження викидів. Так, у період з 2001 – 2007 років зростання обсягів виробництва основних галузей промисловості зумовило стійку тенденцію до збільшення обсягів шкідливих викидів в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення: з 4,05 млн тонн у 2001 році до 4,81 млн тонн у 2007 році, або на 18,8% (рис. 3.7.3).

Зниження виробництва в галузях – основних забруднювачах унаслідок фінансово-економічної кризи призвело до скорочення викидів забруднюючих речовин у 2008 році більш ніж на 0,288 млн тонн і ще на 0,59 млн тонн – у 2009 році.

Після деякого відновлення економічного зростання у 2010 – 2011 роках спостерігався спад у 2012 році та, відповідно, скорочення викидів забруднюючих речовин у атмосфері. У 2012 році у повітряний басейн країни надійшло 4,3 млн тонн забруднюючих речовин⁶⁴ (на 39,8 тис. тонн, або на 0,9%, менше, ніж у 2011 році та у 2,2 раза менше порівняно з 1990 роком).

Окрім того, значний внесок у забруднення атмосферного повітря вносять пересувні джерела – автомобільний, залізничний, авіаційний, водний транспорт і виробнича техніка, викиди яких у 2012 році склали 2,49 млн тонн, з яких 2249,0 тис тонн, або 90,5% – це викиди автомобільного транспорту. Загалом показник викидів від пересувних джерел є відносно стабільним протягом останніх п'яти років – близько 2,5 млн тонн, окрім 2008 року, коли обсяг викидів склав 2,69 млн тонн. Найбільшого забруднення зазнає атмосферне повітря великих міст, де концентрація шкідливих речовин становить пряму загрозу здоров'ю людини.

Із загальної кількості забруднюючих речовин обсяг викидів парникових газів у 2012 році становив: метану – 886,9 тис. тонн; оксид азоту – 12,5 тис. тонн; але найбільше внесено діоксиду вуглецю – 198,2 млн тонн (на 4 млн тонн менше, ніж у 2011 році) (рис. 3.7.4).

Одним із показників, який характеризує забруднення атмосферного повітря України, є щільність викидів від стаціонарних джерел

Рис. 3.7.3. Викиди забруднюючих речовин та парникових газів у атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення у 2012 році, тис. тонн



Джерело: Викиди забруднюючих речовин та парникових газів у атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення у 2012 році (остаточні дані)

забруднення у розрахунку на квадратний кілометр території країни. У 2012 році щільність викидів становила 7,2 тонн забруднюючих речовин, на 1 особу припадало 95,1 кг.

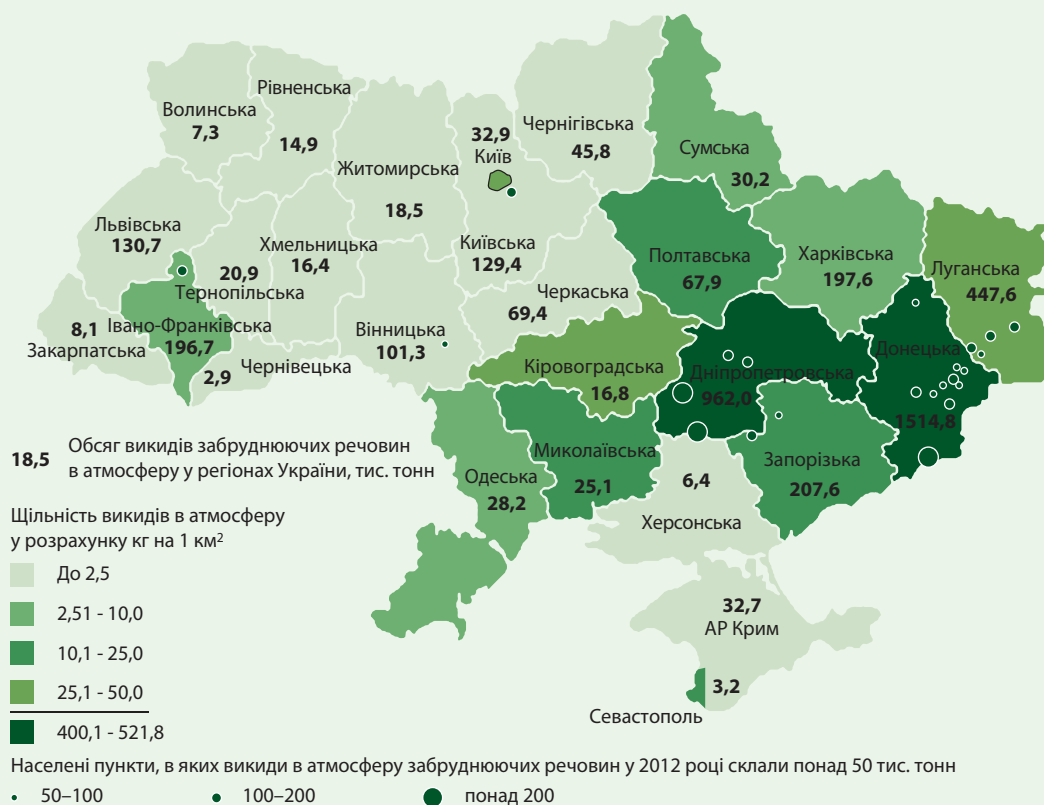
Аналіз регіонального розподілу щільності викидів показує значну диференціацію території України за забрудненістю повітря (рис. 3.7.5). Найбільш забрудненими є східні області: так, у Донецькій області щільність викидів перевищує середній показник по країні у 8,0 раза (на 1 особу – у 3,6 раза), у Дніпропетровській – у 4,2 (відповідно у 3,1), Луганській – у 2,3 (2,1), Івано-Франківській – у 2,0 (1,5) раза. Очевидно, що ці відмінності спричинені розміщенням потужних підприємств, які здійснюють значні викиди забруднюючих речовин. Особливо гострою є проблема забруднення повітря у Дні-

⁶⁴ Обсяг викидів від підприємств, узятих на державний облік територіальними органами Міністерства екології та природних ресурсів України, за даними Держстату України

Рис. 3.7.4. Динаміка викидів діоксиду вуглецю в атмосферне повітря, млн тонн



Рис. 3.7.5. Викиди забруднюючих речовин в атмосферу у розрізі регіонів України у 2012 році



Джерело: Викиди забруднюючих речовин та парникових газів у атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення у 2012 році (остаточні дані)

Рис. 3.7.6. Структура стічних вод за ступенем очистки у 2012 році



пропетровській та Донецькій областях, де сконцентровані численні металургійні та паливно-енергетичні підприємства. Викиди у деяких населених пунктах перевищують 200 тис тонн на рік (у Зеленодольську – 219,3; Кривому Розі – 354,6; у Маріуполі – 330,4). Підприємствами м. Києва у розрахунку на 1 кв. км території було викинуто 39,4 тонн забруднюючих речовин, що перевищило середній показник по країні у 5,5 раза.

Скорочення антропогенних викидів парникових газів в атмосферу у рамках Кіотського протоколу. Україна активно сприяє реалізації проектів спільного впровадження та зелених інвестицій, які відіграють велику роль у скороченні викидів парникових газів та сприяють залученню інвестицій в Україну. Україна займає першу позицію за загальною кількістю затверджених проектів спільного впровадження – 272 проекти (55,88% світового ринку одиниць скорочення викидів), сума інвестицій отримана українськими підприємствами за такими проектами оцінюється у 920 млн євро. За Договорами продажу одиниць установленної кількості з Японією погоджено 551 проект цільових екологічних (зелених) інвестицій у 24 регіонах України загальною вартістю 3 813,9 млн грн та очікуваними щорічними скороченнями викидів парникових газів обсягом 119,5 тис. тонн CO₂-екв.

Забруднення поверхневих водних об'єктів. За результатами даних державного обліку водокористування, у 2012 році у поверх-

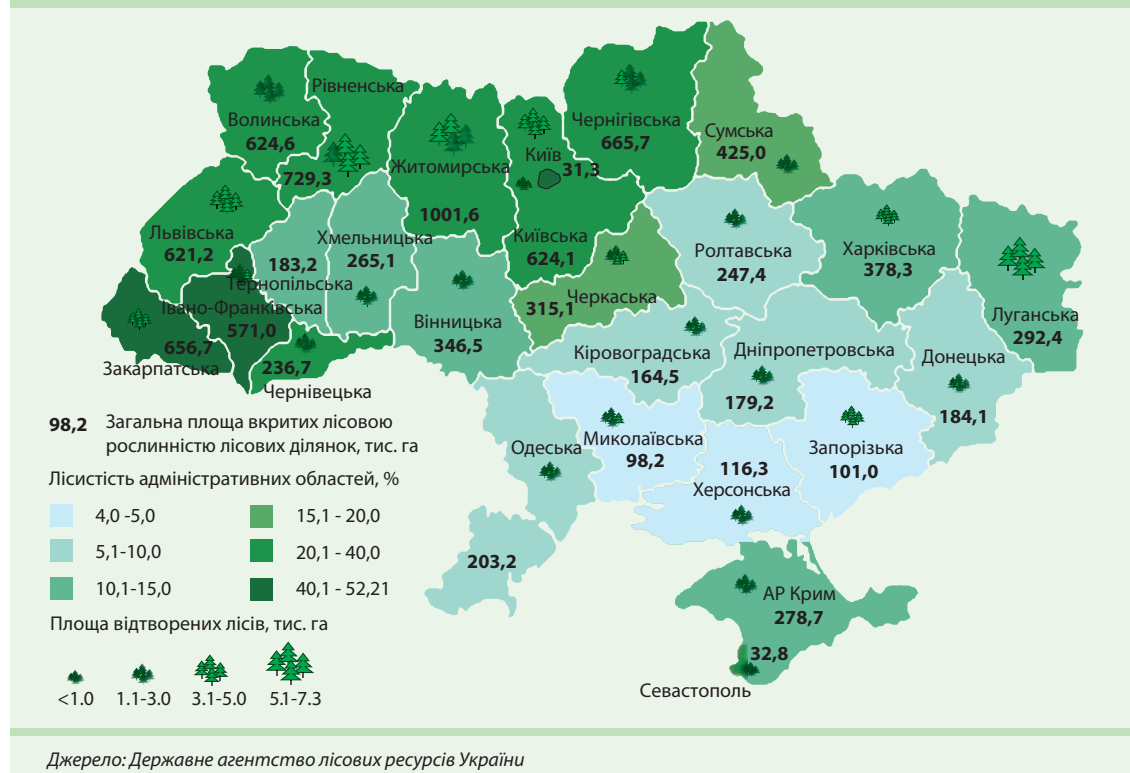
неві водні об'єкти скинуто 7788 млн куб. м стічних вод (збільшення порівняно з 2011 роком на 63 млн куб. м), причому 19,5% (1521 млн куб.м) із них забруднені. Хоча використання води порівняно з початком 90-х років зменшилися більше ніж у два рази, через низьку якість очищення надходження забруднених стоків у поверхневі водойми не зменшується (рис. 3.7.6).

Найбільші обсяги скидів забруднених стічних вод – у підприємств чорної металургії (503,4 млн куб. м), енергетики (320,2) та вугільної промисловості (294,9 млн куб. м), житлово-комунального господарства (537,9 млн куб. м). Для переважної більшості підприємств промисловості та комунального господарства скид забруднюючих речовин істотно перевищує встановлений рівень гранично допустимого скиду. Крім того, на якість поверхневих вод негативно впливає також скид шахтно-кар'єрних вод, які практично без очистки потрапляють у поверхневі водні об'єкти (664,9 млн куб.м у 2012 році). Основними причинами скидання забруднених стоків у поверхневі водойми є відсутність у більшості населених пунктів країни систем централізованого водовідведення, низька якість очищення зворотної води, незадовільний стан функціонуючих очисних споруд. Випадки високих рівнів забруднень найчастіше фіксувались у річках басейнів Дніпра, Дунаю, Сіверського Дінця, річок Приазов'я та Західного Бугу (табл. 3.7.2). У територіально-адміністративному розрізі близько 75% від усіх забруднених стічних вод України скидається лише у чотирьох областях: Донецькій – 557,7 млн куб. м (39% від загального обсягу скидів області), Дніпропетровській – 382,7 млн куб.м, (32 %), Луганській – 101,2 млн куб.м (33 %) та Одеській – 102,6 млн куб.м (42%).

Таблиця 3.7.2. Обсяги забруднених стічних скидів за основними річковими басейнами

Басейни	Обсяги скидів, млн м ³
Дніпра	593,1
Сіверського Донця	178,9
Дністра	26,02
Західного Бугу	35,8
Дунаю	36,38
Південного Бугу	7,089
в Азовське море	201,7
у Чорне море	48,34

Рис. 3.7.7. Лісистість регіонів України та відтворення лісів у 2012 році



Джерело: Державне агентство лісових ресурсів України

Стресовий стан водних ресурсів настає тоді, коли об'єм річкового стоку у маловодний рік не забезпечує принаймні 10-кратного розбавлення забруднених вод. За цим показником найгірший стан води у басейнах Сіверського Донця та Росі, самовідновлюваної здатності водних джерел яких недостатньо для подолання негативного впливу та відтворення порушеної екологічної рівноваги. За обсягами забруднених стічних скидів найгірша ситуація – у басейні Дніпра та Сіверського Донця.

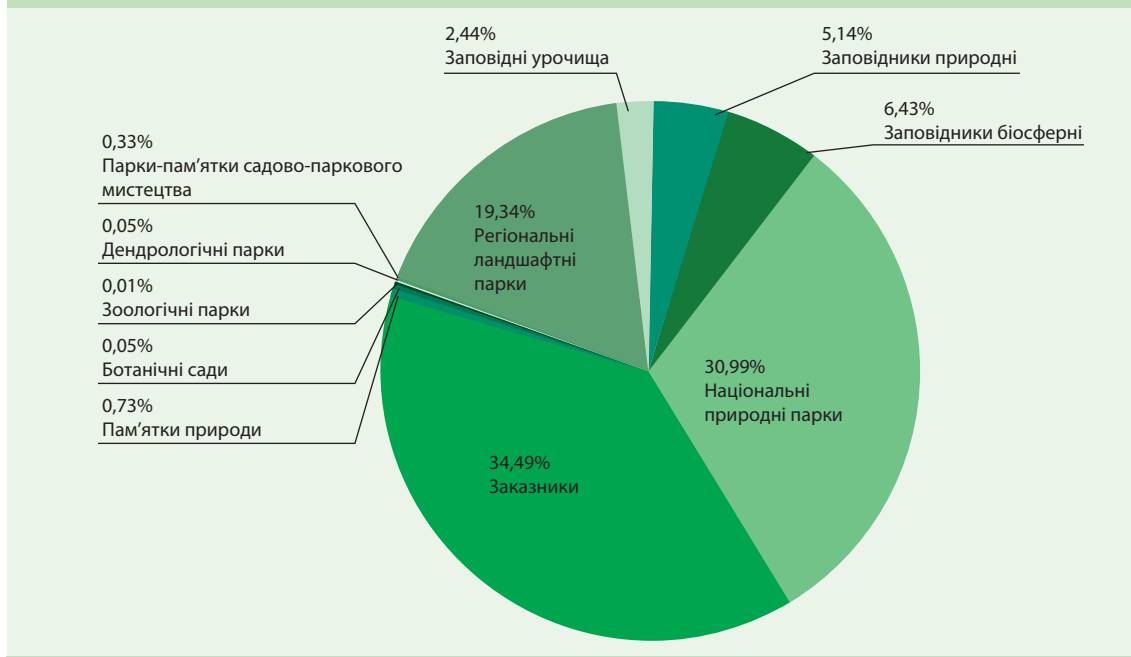
Збільшення лісистості територій. Ліси України займають відносно невелику площу та вкрай нерівномірно розміщені на території країни – сконцентровані переважно на Поліссі та в Карпатах (рис. 3.7.7). Тим не менше вони є головним стабілізуючим компонентом природних ландшафтів, регулюючи гідрологічний режим територій і якість води, попереджаючи вітрову та водну ерозію ґрунтів, підтримуючи важливі біохімічні цикли екосистем. За площею лісів та запасами деревини Україна належить до малолісних і лісо-дефіцитних держав. У 2012 році площа лісового фонду України склала 10,4 млн га, з яких лісовою рослинністю вкрито 9,6 млн га (15,9% території України). Лісистість території України, хоча і незначними темпами, але

продовжує зростати. Зокрема, порівняно з 2010 роком лісистість збільшилася на 0,2%.

Багаторічні дослідження, проведені в Україні, чітко свідчать, що лісові насадження та дерева поза лісами є одним із небагатьох ефективних природних засобів підтримки стійкості та оптимізації аграрних ландшафтів, які потребують суттєвого поліпшення.

Розширення мережі природних заповідників, біосферних заповідників та національних природних парків, збільшення загальної площі природно-заповідного фонду України. Збільшення площі земель країни з природними ландшафтами до рівня, достатнього для збереження їх різноманіття, поєднання їх у єдину територіальну систему для забезпечення природних шляхів міграції, поширення видів рослин і тварин для підтримки природних екосистем, видів рослинного та тваринного світу та їх популяцій є основною метою Загальнодержавної програми формування національної екологічної мережі України. Ключовими територіями екомережі є території та об'єкти природно-заповідного фонду. Структура природно-заповідного фонду (ПЗФ) України включає 11 категорій територій і об'єктів загальнодержавного та місцевого значення, охоплюючи 8028 територій та об'єктів

Рис. 3.7.8. Частка площ територій та об'єктів окремих категорій у ПФЗ у 2012 році



загальною (фактичною) площею 3,923 млн га в межах території України та 402,5 тис. га в межах акваторії Чорного моря. Найбільшу частку складають пам'ятки природи, заказники та заповідні урочища – разом близько 90% всіх існуючих об'єктів (рис. 3.7.8). Проте за площею переважають заказники та національні природні та регіональні ландшафтні парки – понад 85% природно-заповідного фонду. В Україні ПФЗ складається з 644 територій і об'єктів загальнодержавного значення (19 природних і 4 біосферних заповідників, 47 національних природних парків, 309 заказників, 132 пам'яток природи, 18 ботанічних садів, 7 зоологічних парків, 19 дендрологічних парків, 89 парків – пам'яток садово-паркового мистецтва)⁶⁵. Їх загальна фактична площа становить 2144,49 тис га (в межах території України), або 54,7% від усієї фактичної площі ПФЗ і 3,55% від площі України та 402,5 тис. га (у межах акваторії Чорного моря – ботанічний заказник «Філофорне поле Зернова»). З усієї площі ПФЗ України загальнодержавного значення близько 870 тис га (близько 22%) загальної площі ПФЗ і 1,4% від території держави) – це землі, надані природно-заповідним установам у постійне користування.

За часткою площ у природно-заповідному фонді переважають заказники (34,49%), національні природні парки (30,99%) та регіональні ландшафтні парки (19,34%). Досить низькою є

частка природних (5,14) та біосферних заповідників (6,43). Частка інших об'єктів ПФЗ, які мають локальне поширення, складає менше 2,5%. Частка площі об'єктів ПФЗ має значні відмінності у територіально-адміністративному розрізі. Половина областей України має вкрай низький показник заповідання – близько 2 – 5%. Найвищі показники заповідання характерні для західних областей України, з них частка території ПФЗ складає більше 8% (окрім Львівської області), де особливо виділяється Івано-Франківська область із показником 15,7%. Чернігівська, Сумська та Херсонська області досягли частки природно-заповідних територій у межах 7 – 8%, АР Крим та Львівська область – близько 7%.

Площа заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків за період 2001 – 2012 років (за даними Держстату України) має тенденцію до збільшення. Зростання відбулося за рахунок створення нових національних природних парків та підвищення статусу регіональних ландшафтних парків та заказників. У 2012 році показник заповідності – відношення площі природно-заповідного фонду до площі держави – склав 6,05%, що на 0,15% вище показника 2011 року (площа території ПФЗ збільшилася на 61,69 тис. га). Загалом, слід зазначити поступове зростання показників частки площ об'єктів природно-заповідного фонду в Україні. Протягом 2001 – 2011 років показник заповідності збільшився з 4,2% до 6,05% (на 1,85 в.п.).

⁶⁵ За даними Міністерства екології та природних ресурсів України на 01.01.2012 р.

Таблиця. 3.7.3. Площа природно-заповідного фонду у 2012 році
(у розрізі адміністративних одиниць)

Region	Площа ПЗФ (тис га) / відсоток від загальної площі адміністративно-територіальної одиниці	
	станом на 01.01.2012 р.	станом на 01.01.2013 р.
Автономна Республіка Крим	178,4/6,8	216,3/8,3
Вінницька область	54,2/2,05	54,4/2,05
Волинська область	222,4/11,04	219,7/10,91
Дніпропетровська область	68,4/2,14	74,4/2,33
Донецька область	91,8/3,46	91,8/3,46
Житомирська область	135,3/4,54	136,6/4,58
Закарпатська область	176,3/13,83	177,5/13,92,
Запорізька область	122,0/4,49	121,4/4,5
Івано-Франківська область	216,0/15,51	218,8/15,71
Київська область	111,8/3,97	112,1/3,99
Кіровоградська область	97,3/3,96	98,5/4,01
Луганська область	83,9/3,14	87,9/3,3
Львівська область	146,8/6,72	146,8/6,72
Миколаївська область	74,5/3,03	74,5/3,03
Одеська область	145,4/4,37	150,8/4,53
Полтавська область	142,4/4,95	142,4/4,95
Рівненська область	172,7/8,61	172,7/8,61
Сумська область	176,2/7,4	176,2/7,4
Тернопільська область	122,6/8,87	122,6/8,87
Харківська область	72,9/2,32	73,8/2,35
Херсонська область	224,2/7,88	224,2/7,88
Хмельницька область	306,5/14,86	306,5/14,86
Черкаська область	60,9/2,91	63,09/3,02
Чернівецька область	103,6/12,8	103,6/12,8
Чернігівська область	244,7/7,67	244,7/7,67
м. Київ	12,5/14,9	12,5/14,9
м. Севастополь	26,2/30,27	26,2/30,27

ПРОБЛЕМИ НА ШЛЯХУ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛІ

Відновлення та зростання обсягів промислового виробництва в останнє десятиліття, незважаючи на позитивний економічний і соціальний ефект, посилює тиск на навколишнє природне середовище. Тим більше, що основний внесок у економічне зростання внесли металургія, хімічна промисловість, паливно-енергетичний комплекс та сільське господарство – галузі, функціонування яких призводить до надмірного

тиску на навколишнє природне середовище на значних територіях та є причиною погіршення екологічного стану території України.

Негативний ефект техногенного впливу посилюється через зношеність виробничого обладнання, недостатній рівень забезпеченості очисними спорудами, порушення вимог екологічного законодавства,

недостатнє впровадження маловідходних ресурсо- та енергозберігаючих технологій.

Забруднення ґрунтів, атмосферного повітря поверхневих і ґрунтових вод хімічними речовинами, утворення значних обсягів промислових і побутових відходів всіх класів небезпеки, виснаження та втрата родючих земель, зникнення окремих видів рослин і тварин, деградація природних ландшафтів – основні наслідки техногенного впливу на навколишнє природне середовище. Окрім того, залишається гострою проблема подолання наслідків Чорнобильської катастрофи.

Значні регіональні відмінності за ступенем техногенного навантаження на навколишнє природне середовище та комплекс екологічних проблем, що постають внаслідок господарювання, впливають на темпи сталого розвитку країни загалом. Донбас та Придніпров'я потерпають від надмірної концентрації потужних промислових підприємств, великі міста – від завантаженості транспортом; переважна частина земель України розорана та інтенсивно експлуатується у сільському господарстві, що призводить до деградації ґрунтів. Загальнодержавною є проблема доступу до питної води, якість якої знижується внаслідок забруднення джерел прісної води, незадовільного технічного стану та зношеності систем водовідведення та водопостачання, застосування застарілих технологій водопідготовки.

Недостатній рівень доступу до якісної питної води (централізованого водопостачання). Споживання недоброякісної води негативно впливає на здоров'я населення. Основною проблемою, що заважає забезпеченню рівного доступу населення до питної води, є недостатнє фінансування, зокрема, будівництва та реконструкції систем централізованого водопостачання та станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого питного водопостачання. Серед інших проблем можна виокремити такі: незадовільний екологічний стан поверхневих та підземних джерел питного водопостачання; недотримання режиму зон санітарної охорони на багатьох джерелах та об'єктах питного водопостачання; незадовільний технічний стан та зношеність систем водопостачання та водовідведення; недостатній рівень впровадження на підприємствах питного водопостачання та водовідведення ресурсо- й енергозберігаючих технологій та обладнання тощо.

Забруднення атмосферного повітря зумовлюється: підвищенням техногенного навантаження на атмосферне повітря при економічному зростанні промисловості; невиконанням підприємствами-забруднювачами у встановлені терміни заходів зі скорочення викидів забруднюючих речовин з метою досягнення гранично допустимих та технологічних нормативів викидів; експлуатацією технічно застарілого автомобільного парку.

Забруднення поверхневих водних об'єктів. Проблема забезпечення належного екологічного стану водних об'єктів залишається актуальною для всіх регіонів України. Поверхневі води та значна частина підземних вод, особливо в районах розміщення великих промислових комплексів та інтенсивного сільськогосподарського використання, зазнають антропогенного впливу, що проявляється у забрудненні, виснаженні й деградації цих об'єктів.

Деградація поверхневих вод відбувається внаслідок: скиду комунально-побутових і промислових стічних вод безпосередньо у водні об'єкти та через систему міської каналізації; надходження до водних об'єктів забруднюючих речовин з поверхневим стоком із забудованих територій; змиву із сільгоспугідь унаслідок ерозії ґрунтів на водозабірній площі. Забруднюючі речовини, потрапляючи у природні водойми, призводять до якісних змін води, що проявляються в змінах фізичних властивостей і хімічного складу, появі неприємних запахів, присмаку тощо. Мова йде не лише про хімічне, а й про теплове та біологічне забруднення. Загальними індикаторами рівня забруднення різних видів є обсяг стоків та характеристика їхньої структури за ступенем очищення, вмістом синтетичних та органічних речовин.

Забруднення поверхневих водних об'єктів. Основними проблемами на шляху до реалізації завдання стабілізації обсягу скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти та поступового зменшення їх забруднення є, зокрема: значні втрати води у господарській діяльності; висока водоемність продукції; зношеність фондів водного та житлово-комунального господарства; високий рівень забруднення водних ресурсів та морських вод; деградація екосистем Азовського та Чорного морів; повільне впровадження економічних механізмів стимулювання підприємств до впровадження ресурсозберігаючих та екологічних технологій; недостатній

рівень фінансування будівництва та модернізації каналізаційних очисних споруд; відсутність ефективної системи моніторингу джерел постачання питної води поза централізованим водопостачанням.

Недостатні темпи розширення мережі заповідників біосферних заповідників та національних природних парків, збільшення загальної площі природно-заповідного фонду України. Викликають занепокоєння повільні темпи розширення існуючих і створення нових територій та об'єктів природно-заповідного фонду, втрати біотичного й ландшафтного різноманіття. Крім того, необхідним є впровадження заходів з підвищення ефективності контролю за дотриманням природоохоронного режиму та вимог природоохоронного законодавства у межах об'єктів ПЗФ. Основні проблеми: дефіцит

фінансування існуючих та новостворених об'єктів ПЗФ, незадовільне фінансування заходів з формування екомережі на місцевому рівні; відсутність закріплених на місцевості меж об'єктів ПЗФ, проектів організації, державних актів на право землекористування; повільні темпи встановлення у природі (на місцевості) прибережних захисних смуг водних об'єктів; недостатній рівень розвитку рекреаційної інфраструктури установ ПЗФ; загроза зникнення багатьох видів тварин і рослин, що занесені до Червоної книги України, зокрема внаслідок нецільового використання та вилучення земель, недотримання режимів територій та об'єктів природно-заповідного фонду; низька ефективність контролю за дотриманням вимог природоохоронного законодавства та режимів територій і об'єктів природно-заповідного, зокрема місцевого значення.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ШЛЯХІВ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМ

Для досягнення цілі необхідно вирішити широкий спектр природоохоронних питань, вдосконалити управління природними ресурсами, впроваджувати послідовну екологічну політику та забезпечити поступову екологічну модернізацію виробництва.

Для забезпечення доступу населення до якісної питної води через централізоване водопостачання необхідно забезпечити належний рівень фінансування відповідних державних програм, розбудувати системи централізованого водопостачання у населених пунктах, що користуються привізною або неякісною питною водою, та станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого питного водопостачання та пунктах розливу питної води. Також необхідно забезпечити стабілізацію фінансово-економічного стану підприємств водопостачання та водовідведення, удосконалити системи стандартизації та нормування в сфері питного водопостачання, а також підвищити якість води у джерелах централізованого водопостачання. Серед нагальних заходів слід зазначити такі: завершення паспортизації джерел питного водопостачання, здійснення заходів щодо їх охорони; поліпшення стану та забезпечення дотримання режимів зон санітарної охорони джерел питного водопостачання; удосконалення технологічних процесів очистки питної води; впровадження в промисловості технологій, які передбачають використання морських, мінералізованих підземних і шахтних вод;

запобігання забрудненню підземних вод, розширення робіт з створення мережі артезіанських свердловин для забезпечення населення питною водою. Крім того, необхідно розробити заходи щодо вдосконалення контролю за якістю та цілісністю розподільної мережі, що забезпечуватиме зменшення втрат води; будівництва та реконструкції систем каналізації; запровадження басейнового принципу управління водними ресурсами; підтримання необхідного санітарного стану річок; збільшення об'єму збирання та очищення зворотних вод; збереження екосистем Чорного та Азовського морів; відновлення стану природних морських, дельтових, прибережних і річкових екосистем; створення й упорядкування водоохоронних зон і прибережних захисних смуг.

Удосконалення системи поводження з побутовими та промисловими відходами потребує: створення потужностей із знешкодження та переробки (утилізації) згаданих відходів; впровадження європейських директив та регламентів у сфері поводження з відходами; розроблення та реалізації Загальнодержавної програми поводження з відходами.

Для розв'язання проблем у сфері охорони атмосферного повітря та зміни клімату необхідно забезпечити: впровадження нової системи регулювання промислових викидів та технічне регулювання викидів забруднюючих речовин в атмосферне пові-

тря на основі найкращих доступних технологій та методів керування з урахуванням економічної доступності цих методів; реалізація на підприємствах пілотних проектів з моніторингу рівня викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря та впровадження сучасних систем їх очищення; вжиття комплексу заходів з регулювання двигунів внутрішнього згорання, переходу на альтернативні види палива, використання нейтралізаторів відпрацьованих газів та впровадження екологічних норм автомобільних бензинів та дизельних палив рівня Євро-3, Євро-4; удосконалення механізму повернення сплачених коштів екологічного податку з бюджету підприємствам для реалізації заходів з екологічної модернізації; подальше впровадження економічних механізмів, визначених Кіотським протоколом до Рамкової конвенції ООН про зміну клімату та створення національної системи торгівлі дозволами на викиди парникових газів; розроблення Національного, регіональних та галузевих планів з адаптації до зміни клімату.

Розширення площ лісів вимагає: розроблення планів створення нових лісів, які мають бути інтегровані в плани організації та розвитку конкретних регіонів, розроблятися на основі детального та всебічного вивчення земель і включати карти територій, призначених під заліснення; збільшення площі лісів шляхом виконання робіт з лісорозведення; урахування природних передумов при визначенні породного складу нових лісів; зменшення обсягу суцільних рубок лісів; поліпшення якості лісів їх вікової та породної структури; збереження біорізноманіття лісів; реабілітації лісів, забруднених радіонуклідами; забезпечення ведення державного обліку лісів, проведення моніторингу їх стану та інвентаризації; розроблення механізму фінансового забезпечення програми лісо-

розведення та системи моніторингу за ходом її виконання.

Для якісного і кількісного зростання природно-заповідного фонду необхідним є: збереження біорізноманіття, генофонду рослинного та тваринного світу у межах територій та об'єктів природно-заповідного фонду; забезпечення екологічно збалансованого природокористування, та поліпшення стану природних екосистем і ландшафтів; створення морських природно-заповідних зон; урахування світового досвіду економічної оцінки екосистемних послуг; підвищення ефективності системи економічного стимулювання розвитку заповідної справи; інвентаризація земельних ділянок та водних об'єктів, на яких розташовані території та об'єкти природно-заповідного фонду, уточнення їх площ і меж, завершення робіт із встановлення меж у природі; створення рекреаційної бази в установах природно-заповідного фонду, розвиток екотуризму.

Забезпечення реалізації державних програм та дотримання природоохоронного законодавства, у свою чергу, передбачає: виконання заходів державних програм у сферах розвитку екомережі, водного й лісового господарства та забезпечення населення питною водою; посилення відповідальності посадових осіб та громадян за вчинення ними адміністративних правопорушень у сфері охорони навколишнього природного середовища, усунення дисбалансу між фактично заподіяною шкодою природним ресурсам та розміром установлених штрафів; виконання заходів Національного плану дій з охорони навколишнього природного середовища до 2015 року; впровадження екологоорієнтованих підходів у територіальне планування, урахування вимог природоохоронного законодавства при розробці схем планування територій.

ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ УКРАЇНИ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ

РОЗДІЛ ЧЕТВЕРТИЙ

Порядок денний глобального розвитку після 2015 року має окреслити орієнтири суспільного розвитку. Більшість країн наразі спрямовує зусилля на досягнення ЦРТ до 2015 року відповідно до взятих зобов'язань. Завдяки цьому відбулися відчутні зміни у житті людей усього світу. Після 2015 року світова спільнота має використати імпульс ЦРТ і продовжити поступ на шляху досягнення миру, процвітання, справедливості, свободи та гідності.

Питання визначення пріоритетів розвитку після 2015 року уперше були порушені у 2010 році на Саміті ООН з питань оцінки прогресу в досягненні ЦРТ (пленарному засіданні високого рівня Генеральної Асамблеї ООН). У Підсумковому документі Саміту було наголошено на необхідності ініціювання міжурядового діалогу для формування нового Порядку денного глобального розвитку після 2015 року, який має ґрунтуватися на ЦРТ та враховувати нові виклики розвитку. У 2012 році Підсумковий документ Конференції ООН з питань сталого розвитку «Ріо + 20» (Ріо-де-Жанейро, Бразилія, червень 2012 року) надав орієнтири для визначення цілей сталого розвитку, які також мають враховуватись у процесі розроблення зазначеного Порядку денного. У ході подальшої роботи на глобальному рівні було визначено головні компоненти, що мають складати основу нового Порядку денного розвитку: забезпечення миру та злагоди; захист прав людини; зменшення нерівності; сприяння сталому розвитку. За 11-ма тематичними сферами (Нерівність; Стан здоров'я; Освіта; Демографічна ситуація; Економічне зростання та зайнятість; Енергія; Вода; Екологічна рівновага; Управління; Продовольча безпека; Конфлікти та їх попередження) проведено консультації із залученням експертної спільноти усього світу. Запроваджено глобальний он-лайн діалог на платформі «Світ у 2015 році» (worldwewant2015.org), на платформі Facebook та на спеціально створеній платформі для інтерактивного опитування на глобальному рівні «Мій світ» (myworld.org), на яких люди мають можливість обрати власні пріоритети розвитку.

Національні консультації з обговорення «Порядку денного глобального розвитку після 2015 року» є важливим інструментом формування стратегічного бачення розвитку із забезпеченням врахування суспільної думки населення багатьох країн світу. Національні консультації мають на меті: вироблення національної позиції щодо пріоритетів розвитку для врахування у подальшій роботі з формування Порядку денного гло-

бального розвитку; урахування національної позиції щодо пріоритетів розвитку у процесі стратегічного планування національного розвитку; розбудова національного та міжнародного консенсусу з питань формування пакета пріоритетів розвитку після 2015 року. Процес національних консультацій побудовано таким чином, щоб взаємодіяти з групами та спільнотами, які не мають доступу (або мають обмежений доступ) до обговорення питань розвитку (тобто соціально відторгненими та маргіналізованими групами), а також з молоддю, яка буде нести відповідальність за майбутнє планети.

3 серпня 2012 року Організація Об'єднаних Націй проводить безпрецедентну серію національних консультацій з людьми усього світу щодо їх бачення нового Порядку денного розвитку. Цей глобальний діалог є відповіддю на заклик до активної участі у формуванні «Майбутнього, якого ми прагнемо». Наразі понад 200 тисяч людей зробили свій внесок і взяли участь у цій глобальній дискусії, національні консультації проходять у 83-х країнах усіх континентів.

В Україні національні консультації щодо визначення пріоритетів розвитку після 2015 року відбулися на початку 2013 року. До участі у національних консультаціях в Україні було залучено представників органів державної влади, академічних кіл, неурядових організацій, профспілок, малого, середнього та великого бізнесу, безробітних, пенсіонерів, національних меншин, молоді, студентів, дітей-сиріт, осіб з особливими потребами, людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, тощо. Загальна кількість осіб, які особисто брали участь у консультаціях, складає понад 4,5 тис., а з урахуванням учасників електронного опитування та краудсорсінгової платформи – понад 25 тис. осіб. До глобального інтерактивного опитування «Мій світ» долучилося близько 11 тис. українців, які обрали найбільш важливі пріоритети розвитку. Переважна більшість учасників консультацій надала позитивну оцінку можливості долучитися до процесу формування пріоритетів розвитку.

Основні питання, що обговорювалися під час національних консультацій, охоплювали: бачення напрямів розвитку після 2015 року; осмислення досягнень України за роки незалежності; рівень та якість життя населення; проблеми на шляху розвитку, їх причини та можливі шляхи розв'язання тощо. Понад 80% учасників не задоволені якістю життя в Україні, а три чверті не задоволені можливістю

впливати на прийняття рішень, важливих для розвитку країни. Значна частина учасників наголошувала на необхідності розв'язання проблем нерівності (у різних її вимірах та проявах) та недотримання прав людини. Практично всі дискусії на тому чи іншому етапі обговорення виходили на проблеми у сфері зайнятості та гідної праці, у ході консультацій наголошувалося на необхідності зростання розмірів оплати праці та пенсій, підвищення якості освіти та забезпечення її відповідності потребам ринку праці. Серед експертів та студентської молоді активно обговорювалися питання енергетичної та екологічної безпеки, залучення іноземних інвестицій, шляхів відновлення економічного зростання. Літні люди, представники громадських організацій, у тому числі тих, що працюють з ЛЖВ та людьми з обмеженими можливостями, значною мірою не задоволені станом охорони здоров'я в країні та низькою якістю медичних послуг. Представники бізнесу акцентували увагу на необхідності удосконалення податкової політики, поліпшення умов для ведення бізнесу.

Узагальнення підсумків національних консультацій (аналіз змісту дискусій та опитувань) дають підстави виокремити такі ключові пріоритети розвитку:

- ✓ створення умов для самореалізації та розбудова справедливого суспільства;
- ✓ реформування професійної, відповідальної влади та організація ефективного діалогу «влада – народ»;

- ✓ реформування системи освіти та професійної підготовки, підвищення рівня освіченості суспільства, навчання впродовж життя;
- ✓ підвищення якості системи охорони здоров'я та медичної допомоги;
- ✓ забезпечення прав людини у всіх сферах життя: державна підтримка уразливих груп, боротьба з бідністю, створення рівних можливостей для всіх;
- ✓ забезпечення повної зайнятості та гідної праці, орієнтація професійної освіти на потреби ринку праці;
- ✓ модернізація виробництва, забезпечення сталого економічного розвитку, вдосконалення податкової політики, сприяння залученню інвестицій та впровадження інноваційних технологій;
- ✓ зменшення нерівності в різних її проявах;
- ✓ вирішення питань енергетичного забезпечення та енергетичної незалежності;
- ✓ захист навколишнього середовища та виховання екологічної свідомості; розвиток громадянського суспільства, зміцнення суспільної солідарності.

Результати національних консультацій. За результатами оброблення відповідей учасників національних консультацій (відкритих дискусій та опитувань, інтерактивного он-лайн опитування «Мій світ» та он-лайн опитування за допомогою Всеукраїнської краудсорсінгової платформи «Майбутнє, якого ми прагнемо») визначено національне бачення ключових пріоритетів розвитку після 2015 року (табл. 4.1).

Таблиця 4.1. Бачення пріоритетів розвитку після 2015 року українським суспільством, частка позитивних відповідей у загальній кількості, %

Пріоритет	Національні консультації		Інтерактивне (он-лайн) опитування	
	Опитування	Дискусії	«Мій світ»	«Майбутнє, якого ми прагнемо»
Рівність можливостей і соціальна справедливість	95	90	90	34
Ефективна та прозора влада	24	70	57	46
Ефективна охорона здоров'я та зростання тривалості здорового життя	60	45	57	14
Гідна праця	70	44	46	34
Модерна економіка	40	60	–	29
Здорове довкілля	50	28	60	5
Доступна та якісна освіта	50	30	52	14
Розвинена інфраструктура	–	–	50	–

Україна після 2015 року: Майбутнє, якого ми прагнемо. На підставі аналізу результатів національних консультацій, підсумків широких громадських обговорень та з урахуванням експертної думки можна зробити висновок, що основними пріоритетами розвитку після 2015 року українське суспільство вважає:

- ✓ Рівність можливостей і соціальна справедливість: розбудова справедливого соціально інтегрованого суспільства, де неможливі відторгнення і маргіналізація.
- ✓ Ефективна та прозора влада як необхідна умова досягнення визначених цілей розвитку на період після 2015 року.
- ✓ Ефективна охорона здоров'я: зростання тривалості здорового життя.
- ✓ Гідна праця: сприяння людському розвитку і реалізації людського потенціалу.
- ✓ Модерна економіка: формування інноваційної моделі розвитку.
- ✓ Здорове довкілля: збереження і розвиток екологічного потенціалу території.
- ✓ Доступна та якісна освіта: духовний розвиток і конкурентність на ринку праці.
- ✓ Розвинена інфраструктура: подолання територіальної нерівності.

Рівність можливостей і соціальна справедливість: розбудова справедливого соціально інтегрованого суспільства, де неможливі відторгнення і маргіналізація. Більша частина всіх висловлювань учасників національних консультацій так чи інакше стосувалися неприпустимості існування в суспільстві вкоріненої кастовості, несправедливого та необґрунтованого розшарування за соціальними, етнічними, віковими, гендерними та релігійними ознаками. Саме тому в усіх групах обговорення велося довкола дотримання прав людини (на працю, соціальний захист, медичну допомогу, освіту тощо). Диспутанти розрізняли соціальну справедливість і соціальну рівність, підкреслюючи більшу важливість для України саме соціальної справедливості.

Переважна більшість (74,4%) учасників консультацій переконані в необхідності зменшення існуючої різниці між багатими та бідними. Говорячи про різні прояви нерівності, диспутанти акцентували увагу на нерівності між багатими та бідними (28,4%), у доходах (11,2%), у володінні власністю (10,2%), між чоловіками та жінками (9,2%), між мешканцями міст та сільської місцевості (8,6%).

Про важливість цього напрямку розвитку говорили 47,4% усіх учасників, водночас

представники бідних верств приділили йому значно більше уваги (68,4% тих, хто визначив своє матеріальне становище як дуже низьке, та 61,8% тих, хто вважає його низьким). Представники ж експертного середовища віддали подоланню бідності окреме дев'яте місце, не виділяючи при цьому види та форми забезпечення прав людини. Подолання бідності пов'язується із дотриманням прав людини, протидією масштабній, вкоріненій нерівності (за доходами, доступністю базових соціальних послуг і економічних ресурсів), із запобіганням спадкової бідності, соціального відторгнення окремих груп населення (утворених за будь-якою ознакою – наявністю ВІЛ/СНІДу, сексуальною орієнтацією, станом здоров'я, віком, статтю, етнічною або релігійною належністю тощо).

Найбільш значущими сталими проявами нерівності в Україні є такі: за місцем проживання; за гендерною ознакою; за складом домогосподарства. Зменшення нерівності – з урахуванням усіх її складників – є одним із головних завдань розвитку України після 2015 року, від успішності розв'язання якого залежить соціальна стабільність і підтримка населенням системи соціально-економічних та політичних реформ. На думку учасників національних консультацій, вирішувати проблеми нерівності має передусім уряд України (81,0%), місцеві органи влади (50,7%) і громадські організації (34,8%).

Для розбудови соціально справедливого суспільства необхідним є подолання бідності. Сучасна бідність перестала бути виключно проблемою низького рівня доходів, до найбільш типових ознак належності до бідних верств населення дедалі частіше відносять незадовільні житлові умови, обмеженість або відсутність доступу до системи освіти, охорони здоров'я, культури, безпечного довкілля, труднощі у підтриманні соціальних зв'язків, відсутність вільного часу та можливостей повноцінного відпочинку тощо.

Ефективна та прозора влада: необхідна умова досягнення визначених цілей розвитку на період після 2015 року. Необхідність поліпшення системи управління визначили вирішальним напрямом дій для покращення якості життя в Україні 46% учасників консультацій. Вкрай важливими визнано проведення кадрових і структурних змін у всіх гілках влади (50%) та боротьба з корупцією (47%); про необхідність дотримання вимог законодавства всіма громадянами, незалежно від посади та соціального статусу, говорять лише

2%. При цьому прагнення кадрових і структурних змін у владі зменшується з віком (від 56% серед молоді до 44% серед осіб, старших за 45 років), а впевненість у необхідності боротьби з корупцією, навпаки, зростає (з 42% до 52% відповідно). Істотною є і різниця в позиції міських та сільських жителів: перші значно частіше переймаються необхідністю боротьби з корупцією (48% проти 38%), а другі – кадровими та структурними змінами у владі (58% проти 49%).

Обговорення у процесі національних консультацій засвідчило, що 77,1% українців у цілому не задоволені своїми можливостями впливати на прийняття рішень, важливих для розвитку України. Найбільш гострим це відчуття є серед представників освітян і працівників системи охорони здоров'я (87,8 і 86,6% відповідно). Тобто люди хочуть розширення своїх повноважень.

Підвищення ефективності управління, прозорість прийняття та реалізації рішень, активізація участі громадян в управлінні країною, подолання корупції, підвищення ефективності судової системи, поліпшення кваліфікації управлінських кадрів – це ті цілі, досягнення яких уможливить забезпечення необхідної і бажаної траєкторії розвитку України в середньостроковій перспективі.

Необхідно впровадити сучасні технології державного управління, зокрема пов'язані з формуванням так званої проактивної держави (держави розвитку). Досвід країн, що досягли найбільш значних темпів економічного зростання на межі тисячоліть, свідчить про високу ефективність саме цього напрямку державної стратегії. Проактивна держава переймається не стільки допомогою нужденним, скільки активізацією економічної поведінки населення, розвитком ринку праці, реструктуризацією економіки і забезпеченням високих темпів її зростання. Таким чином, ідеться про перенесення акцентів бюджетної політики на стимулювання та підтримку розвитку.

На думку учасників національних консультацій, також надзвичайно важливим є формування довгострокових і середньострокових цілей (48,2% віддали перевагу 10-річній перспективі, 20,6% – 15-річній і 18,0% – 25-річній). Оскільки сучасне уповільнення економічного зростання України відбувається на тлі збереження відносно стабільної світової кон'юнктури, цей процес зумовлений фундаментальними чинниками – технологічними та інституційними. Відповідно, використання

інструментів стимулювання економічного зростання доцільне лише за умови їх довготермінового ефекту. Прикладом таких інструментів є інвестиції, передусім державні, в інфраструктуру (наприклад, дорожню, особливо у сільських регіонах).

Розуміючи необхідність розширення державних інвестицій в економіку, не можна ігнорувати майже рівного розподілу позицій учасників національних консультацій щодо державної підтримки перспективних видів економічної діяльності та забезпечення однакових умов конкуренції для підприємництва. Частка тих, хто прагне державної підтримки, є зворотно пропорційною віку учасників консультацій: якщо серед осіб віком 18–24 роки нараховується 59,7% прихильників цього напрямку, то серед тих, хто перетнув 60-річну межу, – лише 33,3%. Власне, це свідчить, що населення України свідомо чи підсвідомо погоджується на проактивну роль держави, розуміючи, що ринок сам по собі не здатний ефективно регулювати економічні процеси. Водночас половина учасників національних консультацій вважають за необхідне надати народу більше можливостей впливати на прийняття урядом важливих рішень: цей показник варіює від 52,8% серед 18–24-річних до 39,4% серед 55–60-річних.

Широка участь населення у громадському житті, зокрема відчуття того, що до їх думок дослухаються, та того, що вони активно залучені до визначення конкретних шляхів розвитку, сприяє сталому довготривалому розвитку не менше, ніж послідовне політичне лідерство, підтримане сильними командами технократів, спроможне забезпечити інституційну пам'ять і послідовність політичних рішень. Нові перспективи відкриваються у зв'язку з розширенням участі молоді в процесах державотворення, зокрема в контексті становлення проактивної держави, підвищення ефективності загальнодержавного, місцевого та корпоративного управління.

Критично важливим складником розвитку, передусім у доволі активній у політичному сенсі країні, є забезпечення, визнання та захисту прав людини: громадянських, політичних, економічних, соціальних, культурних, екологічних. Фіксує своє незадоволення конкретною ситуацією, населення апелює саме до прав людини та наданих відповідно до них державних гарантій.

Викорінення корупції, підвищення ефективності судової системи та забезпечення рівних

можливостей для всіх громадян незалежно від віку, статі, місця проживання, походження, соціального та майнового статусу визнано одним із головних напрямів розвитку України більшістю учасників національних консультацій. Українці розуміють, що без докорінної трансформації державних інституцій, підпорядкованості їх діяльності принципам справедливості та поваги до людей, без активізації участі населення в процесах управління неможливо побудувати справедливе суспільство та забезпечити реалізацію, а не лише декларацію прав людини в Україні.

Ефективна охорона здоров'я та зростання тривалості здорового життя. Забезпечення права на охорону здоров'я визнано одним з головних пріоритетів розвитку України після 2015 року (59,1% усіх учасників консультацій; максимум уваги – 71,2% – приділили державні службовці, а мінімум – 47,5% – особи з середньою освітою), інвестиції в покращання якості та розширення доступності медичних послуг визнано найбільш важливим напрямом бюджетних витрат.

Зазначаючи важливість трансформації системи охорони здоров'я загалом, найчастіше підкреслюється необхідність покращання медичної допомоги, зокрема шляхом реформ (за це висловилися 60% учасників краудсорсінгу). Для жінок реформування системи охорони здоров'я в цілому є більш актуальним, ніж для чоловіків (відповідно 66% та 50% учасників краудсорсінгу). Цілком зрозуміло, що найчастіше про необхідність покращання медичної допомоги говорять літні люди (70%), хоча і молодь віддає перевагу важливості саме якості лікування (54%).

Серед учасників консультацій не було висловлено єдиного бачення принципів фінансування медичної допомоги: частина надає перевагу бюджетній системі (але за відсутності прямих чи непрямих доплат), частина – страховій (за умови її доступності), а частина вважає, що варто запровадити змішану систему. Але одностайною є думка щодо неприпустимості будь-яких проявів нерівності у доступі до якісних медичних послуг.

Лише 40% українців вказують на важливість формування та поширення в суспільстві стандартів здорового способу життя, при цьому частка його прихильників є зворотно пропорційною віку учасників консультацій (46% – серед молоді до 25 років, 37% – серед осіб 25–34 років, 39% – серед 35–45-літніх і 30% –

серед старших 45 років; важливістю формування здорового способу життя частіше переймаються чоловіки, ніж жінки (50% та 34% відповідно). Більш конкретно, учасники консультацій зазначають необхідність зменшення вживання алкоголю (пропонується доволі широкий спектр дій – від державного регулювання продажу та реклами алкогольних напоїв до викорінювання вживання алкоголю на робочому місці, посилення боротьби з керуванням транспортними засобами в стані сп'яніння тощо). Окрім цього, часто згадується ефективна боротьба з палінням та необхідність дозованих фізичних навантажень. Цілком справедливо підкреслюючи нестачу відповідної інфраструктури (велосипедних доріжок, спортивних майданчиків, недорогих спортклубів і басейнів тощо), учасники консультацій майже не звертають увагу на низьку рухливу активність дітей та підлітків у дошкільних та шкільних закладах.

Нині за показником середньої очікуваної тривалості життя при народженні (68,8 року) Україна поступається всім країнам з дуже високим і високим рівнем людського розвитку (за винятком Казахстану) і навіть 29-ти з 47-ми країн із середнім рівнем. Середня тривалість життя населення України є на 11,3 року нижчою, ніж у країнах із дуже високим рівнем людського розвитку, на 4,6 року нижчою, ніж у країнах із високим рівнем розвитку та на 1,1 року нижчою, ніж у країнах із середнім рівнем. Наше відставання від країн Європи та Центральної Азії становить 2,7 року й 1,3 року – від світу в цілому.

Гідна праця: сприяння людському розвитку і реалізації людського потенціалу. Забезпечення гідної праці в контексті як її оплати, так і умов визнано учасниками національних консультацій однією з головних пріоритетів розвитку України – понад 50% опитаних надали перевагу дотриманню прав на справедливі умови та оплату праці як стратегічній меті розвитку на період після 2015 року. При цьому підкреслювалася важливість права на роботу в режимі повної зайнятості (зокрема, 56,9% працівників промисловості та будівництва, 55,8% працівників системи охорони здоров'я), вочевидь люди не погоджувались із вимушеною неповною зайнятістю та зазначали важливість справедливої оплати праці, упровадження сучасних технологій, що зменшить ризики травм і підвищить продуктивність праці тощо.

Взагалі необхідність створення нових робочих місць є безальтернативним напрямом

дій для 39% українців, ще 18% підкреслювали важливість підвищення зарплат. Закономірно, що нові робочі місця та можливості працевлаштування найбільше цікавить респондентів віком після 45 років та молодь до 25 років, тобто ті категорії економічно активного населення, яких частіше стосуються ці проблеми.

Учасники консультацій пропонують різні способи рішення: обов'язкове надання першого робочого місця після закінчення навчання; гідне пенсійне забезпечення як передумова вивільнення робочих місць для молоді; розвиток виробництва, зокрема і шляхом відновлення роботи старих підприємств. Ринок праці є похідною від економічних процесів, і перспективи забезпечення повної зайнятості так чи інакше пов'язані зі зростанням виробництва та попиту на робочу силу. Але визнаючи значення суто економічних аспектів проблеми, не можна ігнорувати й соціальні. Зокрема, йдеться про необхідність активізації поведінки населення на ринку праці (значна частина населення, передусім сільського, фактично не прагне працевлаштуватися через вузькість локальних ринків праці та недоступність інших, розташованих за межами села), що особливо важливо в умовах високого рівня демографічного старіння.

Відповідно до застарілої структури економіки, в Україні зберігається й неефективна структура зайнятості. Так, спостерігається неприпустимо висока зайнятість найпростішими професіями (абсолютний максимум серед обраних країн, при цьому більшою мірою йдеться про сільських мешканців, які, не маючи іншої роботи, обробляють присадібні ділянки). Численні опитування населення свідчать про те, що переважна більшість оцінює таку зайнятість виключно як паліатив або як додаткову зайнятість пенсіонерів. Це особливо важливо з огляду на те, що 24,9% сільського населення віком 25–70 років мають вищу, а 57,7% – повну загальну середню освіту.

Також заниженою є частка фахівців, професіоналів і технічних службовців, яка більш щільно корелює і з рівнем економічного розвитку, і з рівнем людського розвитку. Безперечно, визначальною є економічна ситуація, але й освітній потенціал населення також важливий.

Загалом низька продуктивність праці є ключовою проблемою українського ринку

праці. Але ця проблема залишилася поза увагою експертів, найманих працівників та роботодавців. Це пояснюється тим, що модернізація економіки, впровадження нових технологій, на необхідності чого найчастіше наголошували представники саме цих груп, має забезпечити й адекватне зростання продуктивності праці.

Україна за продуктивністю праці відстає від сусідніх країн на 28,8–70,6% (максимальне відставання – від Чеської Республіки, мінімальне – від Казахстану), що зумовлено, переважно, використанням застарілих технологій, а також впливом складності процесу звільнення найманих працівників. У багатьох випадках (головним чином, це стосується приватизованих у минулому державних підприємств) роботодавці все ще утримують зайву робочу силу. Значно більшу увагу в українському соціумі – і це підтвердили результати консультацій – приділяють занижкій оплаті праці. І дійсно, заробітки українців значно поступаються сусіднім країнам: максимальний розрив – 1068 дол. США на місяць, або 75,7%, – із Чеською Республікою, мінімальний – 59 дол. США, або 14,6%, – із Болгарією.

Неможливість знайти роботу відповідно до вимог є основним чинником як внутрішніх, так і зовнішніх міграцій. Звісно, частіше міграційні уподобання демонструє молодь. Зокрема, 63,9% молоді віком 18–24 роки згодні переїхати до іншого міста в Україні, а 62,5% – до іншої країни.

Модерна економіка: формування інноваційної моделі розвитку. Обираючи найважливіше завдання подальшого розвитку України, 54,3% учасників національних консультацій вказували на необхідність економічного зростання як передумову створення нових робочих місць, підвищення доходів і розвитку соціальної сфери. Видається, що переважна більшість опитаних ототожнює економічне зростання саме зі збільшенням попиту на робочу силу, що відкриває (принаймні, на їх думку) перспективи гідної зайнятості. Понад те, обираючи між політичними свободами й економічним зростанням, саме останньому надають перевагу 64,0% учасників національних консультацій. І хоча ця частка збільшується з віком (до 72,7% серед осіб 55–60 років), її варіація є невисокою.

Представники як експертного середовища, так і широких верств населення одностайні в тому, що модернізація економіки із упро-

вадженням інноваційних технологій, спрямованих, зокрема, на скорочення енерго- та матеріалоємності, є головною передумовою формування кращого майбутнього для України вже в середньостроковій перспективі. Саме у прогресі та інноваціях вбачають найважливіший напрям розвитку 58,7% учасників національних консультацій. Однак визначаючи структуру, що має максимальні можливості щодо сприяння зростанню української економіки, респонденти надають перевагу урядові України (саме на цьому наголошують 65,3% загальної сукупності учасників при максимальному рівні 83,3% серед осіб старше 60 років і мінімальному – 59,6% серед осіб віком 35–44 роки). Для вибору було запропоновано: політичні партії та їх лідери, уряд України, місцева влада, український бізнес (йому надали перевагу лише 36,3%), громадські організації, об'єднання роботодавців, інші державні й недержавні об'єднання, міжнародні фінансові організації. Така концентрація уваги на ролі Уряду є непрямим свідченням того, що українське населення все ще не бачить альтернативних рушійних сил розвитку суспільства в цілому й економіки зокрема. Найкращі перспективи вбачають українці у розвитку сільського господарства (34%) та спрощенні системи оподаткування (22%); на необхідності детінізації економіки наголошують лише 13%, а на підтримці малого та середнього бізнесу – 10%.

Те, що українці вважають ключовим напрямом розвитку економіки сільське господарство, очевидно, пов'язано з якістю української землі, з одного боку, та загальним занепадом сільських територій – з іншого. Відповідно, підкреслюється недоцільність імпорту продуктів, необхідність кредитів або інших фінансових ресурсів для оснащення та переоснащення господарств і підприємств потрібною технікою, важливість розвитку інфраструктури села, зокрема комунікацій. Другим після сільського господарства сектором економіки, розвитку якого надають перевагу учасники консультацій, є промисловість (12%), а третім – туризм (8%). Особливо важливою вважають підтримку національного виробника в харчовій промисловості, адже українську продукцію можна не лише використовувати для вигідної заміни іноземних товарів, а й самим виставляти її на експорт. У всіх вказаних галузях економіки закладено реальний потенціал збагачення для країни, тому інвестиції в них можуть стати надзвичайно вигідними.

Взагалі в прогресі та інноваціях вбачають найважливіший напрям розвитку 58,7% учас-

ників національних консультацій. Українській економіці не вистачає нових технологій та інших інновацій, що могло б забезпечити належний рівень її ефективності, а відтак, і заробітків працюючих. На необхідності розвитку вітчизняної науки та впровадження в практику сучасних технологій говорить кожний п'ятий українець. Але технологічна революція останніх десятиліть набагато випередила сформовані погляди і переконання. Для виходу на новий етап розвитку людства потрібне широке впровадження інновацій, які виходять за рамки технологічних удосконалень і спрямовані передусім на зміну філософії та ідеології цивілізаційного прогресу.

Спрощення системи оподаткування, безперечно важливе для розвитку української економіки (на що звертали увагу диспутанти), ймовірно стосується зменшення не лише кількості податків, а й їх розміру. Українці не погоджуються з тим, що ринкова система є найкращою (так вважають лише 27,3% міських і 33,0% сільських мешканців). Надзвичайно важливим для створення модерної економіки визнано середньострокове та довгострокове планування, в рамках якого диспутанти частіше надавали перевагу не повільним, а радикальним реформам, на користь яких висловилися 52% загальної кількості диспутантів. При цьому українці загалом не є надто оптимістичними щодо майбутнього української економіки – за винятком державних службовців представники усіх груп частіше вважають, що у 2030 році українська економіка працюватиме гірше, ніж сьогодні. Більшими оптимістами є мешканці міст (37,1% вважають, що економіка працюватиме краще, і лише 28,1% – що гірше проти 29,4% і 42,2%, відповідно, серед селян), що цілком відповідає різниці в соціально-економічній ситуації.

Нагальною необхідністю стає формування нової моделі економічного зростання, що спиратиметься на приватну ініціативу, розвиток інститутів ринкової економіки та інвестиції в людський капітал. Світ переходить від індустріальної стадії розвитку до постіндустріальної, інноваційної, а отже, в перспективі конкурентні переваги належатимуть тим, хто матиме більший інноваційний потенціал. Відповідно й інституційні зміни мають сприяти інтенсифікації інновацій.

Формування модерної економіки – це не лише прискорення зростання ВВП, але передусім – реструктуризація, перехід від переважно сировинної економіки до економіки

знань. Важливою передумовою цього є визначення стратегічних пріоритетів розвитку та державна підтримка саме тих галузей і видів діяльності, які здатні забезпечити конкурентоспроможність української економіки в світі. Враховуючи те, що основною конкурентною перевагою України є достатньо освічена, кваліфікована і мобільна робоча сила, виграш варто шукати в пріоритеті трудомістких, а не матеріало- чи енергоємних видів діяльності. Прикладом, який вже сьогодні успішно реалізують Індія, Бразилія та Китай, є інформаційно-комунікаційні технології.

Понад третина диспутантів (36,8%) вважають, що у деяких ситуаціях планова економіка може бути кращою за ринкову (їй надали пріоритет 29,4%). Такої думки дотримуються, зокрема, 42,5% державних службовців (за те, що ринкова система є кращою висловилися 30,1%), 49,0% освітян (за ринкову свої голоси віддали 20,4%) і 42,3% медиків (прихильників ринкової економіки серед них виявилося 25,0%). Цю думку не поділяють лише ті, хто оцінює свої доходи як високі (жоден з них не надає пріоритету плановій системі). Взагалі за винятком молоді до 35 років усі інші вважають, що планова система (хоча і з певними обмеженнями) є кращою за ринкову. Власне, це є віддзеркаленням незадоволеності більшості учасників економічними процесами в країні. Безперечно, це має бути враховано при конкретизації середньострокових цілей та завдань розвитку України.

Здорове довкілля: збереження та розвиток екологічного потенціалу територій. Охороні та відновленню довкілля як пріоритету розвитку під час національного обговорення віддали голоси 32,2% учасників; значна частина (43,4%) опитаних не просто погоджується з необхідністю економити енергію, а засвідчує свою готовність робити це у власному будинку/квартирі. Це свідчить про доволі високий рівень розуміння значущості екологічних проблем в українському суспільстві, особливо з огляду на його доволі низький матеріальний рівень і, відповідно, першочергову орієнтацію на первинні потреби. Під час національних консультацій підкреслювалася необхідність формування спільних глобальних правил і регуляторів дій у сфері безпеки та захисту навколишнього середовища (на цьому акцентували увагу 58,6% всіх учасників, 62,4% мешканців міст, 65,2% осіб із повною вищою освітою, 65,3% освітян і 68–69% осіб з доходами високого та вище середнього рівня). Така диференціація думок підтверджує, що бідність формує пере-

важну орієнтацію на прискорення економічного розвитку для забезпечення первинних поточних потреб, а за умови їх задоволення людина починає міркувати над тим, що відіграє важливу роль для духовності, продовження життя, нарешті, майбутнього своєї родини і своєї країни.

Визначаючи основні напрями державних інвестицій, пріоритет охороні довкілля, включаючи якість води, надали лише 8,9% учасників національних консультацій (максимум – 16,7% – продемонстрували особи, старші за 60 років, а мінімум – 5,6% – молодь 18–24 років). З огляду на це можна стверджувати, що попри всі пережиті катаклізми населення України вважає захист навколишнього середовища (в широкому сенсі) чимось абстрактним, що потребує уваги, але не безпосереднього вкладання бюджетних коштів, які можна спрямувати на інші, більш конкретні та більш відчутні цілі – охорону здоров'я, будівництво безплатного житла, допомогу бідним тощо.

Експерти, звісно, є більш свідомими щодо значущості екологічних проблем, і вони підкреслюють, що завдання формування екологічної культури – це завдання держави. Таким чином, йдеться про використання існуючих екологічних обмежень (земле-, водо- та лісоресурсних, мінерально-сировинних, вторинних і системних природних ресурсів асиміляційного типу) для сприяння економічному зростанню на основі гармонізації інтересів суб'єктів господарювання завдяки належній екологічній культурі населення та виробництва. Логіка сучасного цивілізаційного прогресу є такою, що наявність практично необмежених ресурсів протидіє впровадженню сучасних ресурсозберігаючих технологій і навпаки, істотні обмеження стають потужним поштовхом для інновацій.

Доступна та якісна освіта: духовний розвиток і конкурентність на ринку праці. Освіта є основним інструментом інвестицій у людський капітал. Саме якісна освіта є запорукою зайнятості й високих (навіть за національними стандартами) доходів, і це значною мірою визначає відповідну налаштованість молоді. Але крім цього, освіта має забезпечувати культурний розвиток, формування нових та збереження традиційних для української нації духовних цінностей. Сучасний аксіологічний вимір освіти як цінності державної, суспільної та особистісної передбачає цілеспрямовану інтеграцію освіти в суспільний простір задля збагачення та розвитку матеріальних та духо-

вних цінностей соціуму, подолання занепаду духовності й моральності у суспільстві споживання, обмеження «віртуалізації» буття та експансії антикультури як загроз дегуманізації майбутнього. 80% учасників краудсорсінгу підкреслюють необхідність сприяння культурному розвитку населення, і частіше на цьому наполягає молодь.

Глибинні та прискорені зміни у традиційному способі життя покладають на інститут освіти не лише нові функції й завдання, а й призводять до появи складних суперечностей, вирішити які без консолідації зусиль всього суспільства неможливо. Більшість українців (85% мешканців міст і 79% селян) вважають вкрай необхідним сприяння культурному розвитку населення, водночас трактують його дуже широко – від національної ідеї і патріотизму до толерантності та сприйняття інших культурних цінностей, іншого менталітету.

Близько половини учасників національних консультацій (47,4%) надали пріоритетності забезпеченню права на освіту. Освіту було визнано одним із головних напрямів державних інвестицій (йому надали перевагу 11,7% опитаних). І це при тому, що за показниками освіченості населення, рівнями охоплення молоді загальною та професійною освітою, включаючи вищу, Україна майже не поступається економічно розвиненим країнам. Формулювання зазначеної цілі радше пов'язується з необхідністю підвищення якості освіти, її наближення до вимог сьогодення та майбутнього, ніж зі зростанням кількісних показників, що не віддзеркалюють якості освітньої підготовки українців. На жаль, професійна структура підготовки фахівців, цілком логічно орієнтована на попит з боку абітурієнтів та держави, проте вона не відповідає потребам ринку праці.

Освіта є базовою цінністю для майже 92% українців. Чотири з п'яти випускників загальноосвітніх середніх шкіл орієнтовані на продовження освіти у вищих навчальних закладах. Обмежити своїх дітей та онуків неповною або повною середньою освітою згодні лише 4% мешканців великих міст; середньою спеціальною та базовою вищою – близько 25%; водночас майже 64% вважають для своїх нащадків достатнім рівень освіти не нижче закінченої вищої (вченого ступеня бажать близько 5%). Проте мотивація до набуття освіти є суто прагматичною – це отримання високооплачуваної роботи, професійно-кар'єрне зростання, набуття кращого соціального статусу. Сту-

дентська молодь визначає головною причиною вступу до ВНЗ майбутню кар'єру (41%), а бажання бути освіченим (32%) або отримати нові знання (15%) є менш важливими. Навіть вища освіта як така не є цінністю: менше 20% мешканців великих міст вважають її засобом розширення світогляду, приблизно стільки ж – інструментом соціального статусу; при цьому понад 15% взагалі прагнуть її лише тому, що «сьогодні так прийнято».

Окремою проблемою якості освіти є формування відповідних цінностей, зокрема культурних. Наголос на цій проблемі зробили майже всі учасники національних консультацій під час фокус-групових обговорень, підкреслюючи роль освіти у формуванні національної свідомості, становленні громадянського суспільства, члени якого здатні добиватися справедливості й тривалої усталеності розвитку. Необхідність підвищення якості освіти визнано експертним середовищем головною метою для України.

Розвинена інфраструктура: подолання територіальної нерівності. Важливість розвитку соціальної інфраструктури не була виокремлена учасниками національних консультацій в окремий пріоритет – лише 13,4% погодились із доцільністю першочергових державних інвестицій саме в інфраструктурні об'єкти (максимум уваги цьому напрямку – 27,8% і 21,9% – приділили студенти та державні службовці, а мінімум – 6,1% і 5,3% – освітяни та особи із середньою загальною освітою). Про це не говорили і в експертному середовищі, хоча значення розвитку інфраструктури для забезпечення доступності медичної допомоги, освіти, зайнятості важко переоцінити. Ураховуючи, що в сільській місцевості мешкає третина населення України, у т. ч. майже третина економічно активної його частини, без належного сполучення з розвиненими локальними ринками праці запобігти масовому відпливу сільської молоді до міст буде неможливо. За таких умов процес демографічного старіння на селі набуде незворотного характеру, що неминуче спричинить занепад сільських територій. Прискорена розбудова сучасної інфраструктури є одним із найважливіших чинників соціально-економічного вирівнювання територій і розвитку країни у цілому.

Практична реалізація трудових прав сільських мешканців неможлива лише у межах аграрного сектору, вона потребує формування локальних ринків праці в межах районів, тобто надання селянам доступу до робочих місць у містах на умовах маятникової міграції. Передумовою є

розвиток дорожньо-транспортної мережі. Водночас і приватний підприємець значно частіше інвестує кошти в економіку тих територій, що вирізняються наявністю дорожніх, транспортних, тепло- і енергомереж, підготовленістю до господарської діяльності. Своєю чергою це стимулює розвиток суміжних та дотичних галузей, піднесення територіальних систем у цілому, збереження робочої сили.

Розвиток соціальної інфраструктури забезпечує доступ населення – незалежно від місця проживання – до якісних медичних, освітніх, культурних та побутових послуг, сприяє дотриманню їх соціальних прав та подоланню необґрунтованої нерівності. Кожне четверте сільське домогосподарство потерпає через недоступність медичних установ. У зв'язку з занепадом соціальної сфери значна частина сільських населених пунктів втратила не лише дільничні лікарні, а й пункти первинної медичної допомоги. Доволі часто на кілька сіл працює лише один фельдшер, який не має в своєму розпорядженні транспорту, особливо придатного для умов бездоріжжя, а отже, не може вчасно надати необхідну допомогу. Через незадовільний стан доріг до багатьох сільських населених пунктів карети швидкої медичної допомоги навіть не виїжджають на виклик (на незабезпеченість населеного пункту послугами швидкої медичної допомоги вказують 42,8% сільських мешканців).

Те ж саме стосується і можливостей набуття сільською молоддю якісної освіти, не лише професійної, а й загальної. Від відсутності поблизу житла дошкільної установи страждає 4,7% сільських домогосподарств, тоді як у містах відповідний показник становить лише 1,4%. Якщо діти шкільного віку можуть у разі необхідності дістатися пішки до школи, то дошкільнятам долати навіть невеликі відстані (до 3-х км) доволі важко – за відсутності транспорту в родині відвідування дитиною дитячого садка стає доволі проблематичним. Майже половина сільських жителів не має доступу до об'єктів, що надають побутові послуги, оскільки вони відсутні не лише поблизу житла, а й узагалі в населеному пункті. Майже чверть сільських домогосподарств потерпає від відсутності регулярного транспортного сполучення із населеним пунктом з більш розвиненою соціальною інфраструктурою. Нині є села, куди громадський транспорт ходить лише 2–3 рази на тиждень, продовольчі товари (свіжий хліб, молоко, масло тощо) завозяться один раз на тиждень, а купити їх в іншому населеному пункті за відсутності власного транспорту неможливо.

Щільність автомобільних доріг з твердим покриттям в Україні за весь період незалежності майже не збільшилась. Цього вочевидь замало для забезпечення необхідної транспортної доступності мешканців сіл та малих міст.

Вставка 4.1. Стратегічні завдання за визначеними пріоритетними напрямками розвитку на період після 2015 року

Рівність можливостей і соціальна справедливість: розбудова справедливого соціально інтегрованого суспільства, де неможливі відторгнення і маргіналізація:

- ✓ трансформація політики формування доходів, зокрема шляхом встановлення зв'язку між доходами від зайнятості та соціальними трансфертами;
- ✓ створення справедливої системи оподаткування (у тому числі і непрямого), перенесення податкового навантаження на більш заможні групи населення;
- ✓ забезпечення адресності та підвищення ефективності системи соціальної підтримки населення, зокрема шляхом передачі частини повноважень щодо надання соціальних послуг недержавним структурам (із належним контролем їх якості);
- ✓ активізація політики соціального залучення вразливих верств населення;
- ✓ подолання психології утриманства в суспільстві;
- ✓ відновлення системи «соціальних ліфтів»;
- ✓ розвиток сільських та загалом депресивних територій задля подолання негативних наслідків нерівності за місцем проживання.

Ефективна та прозора влада: необхідна умова досягнення визначених цілей розвитку на період після 2015 року:

- ✓ розвиток проактивної держави;
- ✓ підвищення ефективності управління на рівні загальнодержавного, місцевого та корпоративного врядування;

- ✓ створення громадського контролю за діями влади, постійний суспільний діалогом щодо визначення цілей та шляхів їх досягнення;
- ✓ запровадження стандартів «відкритого урядування»;
- ✓ забезпечення прозорості прийняття та реалізації рішень шляхом спрощення процедур прийняття рішень та надання широкого інформаційного доступу до цих процесів;
- ✓ подолання корупції шляхом економіко-правової модернізації держави та розвитку культури інтолерантності до її виявів;
- ✓ підвищення ефективності судової системи;
- ✓ підвищення кваліфікації управлінських кадрів.

Ефективна охорона здоров'я та зростання тривалості здорового життя:

- ✓ формування та поширення в суспільстві стандартів здорового способу життя, створення економічної та соціальної мотивації бути здоровими;
- ✓ забезпечення правових, економічних, організаційних та інфраструктурних умов для ведення здорового способу життя;
- ✓ формування ефективної системи профілактики та ранньої діагностики, особливо щодо соціально детермінованих хвороб;
- ✓ забезпечення доступності медичних послуг всім громадянам України незалежно від їх статків та місця проживання;
- ✓ прискорений розвиток системи охорони репродуктивного здоров'я;
- ✓ реформа системи управління медичною сферою, зокрема фінансування медичної допомоги;
- ✓ скорочення зайнятості у шкідливих та небезпечних умовах;
- ✓ посилення контролю за дотриманням безпеки та дисципліни праці;
- ✓ зниження дорожньо-транспортного травматизму та смертності.

Гідна праця: сприяння людському розвитку та реалізації людського потенціалу:

- ✓ забезпечення права на працю у режимі повної зайнятості та створення умов для само-реалізації;
- ✓ досягнення справедливої оплати праці, легалізація зайнятості та доходів від неї;
- ✓ посилення зв'язку між трудовими доходами та соціальним захистом;
- ✓ розвиток самозайнятості, захист приватної ініціативи, підтримка малого та середнього бізнесу як джерела робочих місць;
- ✓ дії на ринку праці в інтересах молоді та осіб старшого віку;
- ✓ розвиток нестандартних форм зайнятості та забезпечення належного соціального захисту осіб, які здійснюють інноваційні форми й види зайнятості;
- ✓ забезпечення зайнятості вразливих верств населення та осіб з особливими потребами;
- ✓ поєднання політики щодо зайнятості та політики щодо підтримки сімей;
- ✓ підвищення соціальної престижності праці;
- ✓ налагодження системи інформування широких верств населення щодо стану та перспектив розвитку ринку праці.

Модерна економіка: формування інноваційної моделі розвитку, визначення та підтримка стратегічних галузей економіки:

- ✓ розвиток економіки знань та надання пріоритету трудомістким та наукомістким видам діяльності;
- ✓ запровадження дієвої системи державного стратегічного планування;
- ✓ упровадження сучасних інноваційних технологій;
- ✓ розвиток приватної ініціативи та інститутів ринкової економіки, підтримка малого та середнього бізнесу;
- ✓ скорочення ресурсо- та енергоємності виробництва, диверсифікація джерел постачання енергоносіїв.

Здорове довкілля: збереження та розвиток екологічного потенціалу територій:

- ✓ упровадження сучасних технологій відновлюваної та альтернативної енергетики для зниження антропогенного впливу на довкілля;
- ✓ надання пріоритетності вдосконаленню територіальних господарських систем, які сприяють розвитку кожної людини та територіальної громади в цілому на основі запровадження принципів «зеленої» економіки;
- ✓ встановлення критеріїв обмежень господарської діяльності з урахуванням екологічної ємності території;
- ✓ екологізація та зниження ресурсовитратності промисловості, аграрного виробництва та житлово-комунального господарства;
- ✓ зменшення обсягів забруднення навколишнього середовища;
- ✓ збереження лісових масивів, водних ресурсів та біорізноманіття;
- ✓ розвиток «зеленого туризму» та формування масової культури збереження довкілля;
- ✓ упровадження стандартів використання води, ґрунту та інших відновлюваних ресурсів у виробництві сільськогосподарської продукції, зниження обсягів монокультурного агровиробництва;
- ✓ стимулювання розвитку біологічно чистої продукції та зміни культури харчування населення.

Доступна та якісна освіта: духовний розвиток і конкурентність на ринку праці:

- ✓ забезпечення доступності та неперервності освіти впродовж життя;
- ✓ модернізація структури, змісту й організації освіти на засадах компетентнісного підходу, переорієнтація змісту освіти відповідно до цілей та принципів сталого людського розвитку;
- ✓ упровадження моделей інтегрованої та інклюзивної освіти на всіх рівнях освіти;
- ✓ формування мотивації та здатності до навчання, максимізація цінностей навчальної успішності та самоосвіти;
- ✓ усунення нерівності доступу населення до якісної освіти на всіх її рівнях;
- ✓ залучення різних верств населення до набуття знань для використання нових можливостей засвоєння соціального простору (комп'ютерна грамотність, володіння іноземними мовами та ін.);
- ✓ удосконалення процедур та механізмів прогнозування розвитку освіти;
- ✓ подальший розвиток відкритої системи управління якістю освіти на національному, регіональному та місцевому рівнях; удосконалення процедур оцінювання якості освіти; підвищення рівня відповідальності навчальних закладів за якісну підготовку, розробка механізму захисту споживачів від неякісних освітніх послуг;
- ✓ підвищення ефективності інтеграційних процесів при впровадженні моделі державно-суспільного управління (зокрема, активності інститутів громадянського суспільства у формуванні різних аспектів освітньої політики, впровадження технологій контролю якості тощо).

Розвинена інфраструктура: подолання територіальної нерівності:

- ✓ трансформація відносин між центральними та місцевими органами влади, зміна механізмів фінансування інфраструктурних проектів;
- ✓ стимулювання державно-приватних партнерських відносин;
- ✓ передача прав та обов'язків щодо розвитку й підтримання в належному стані інфраструктурних об'єктів місцевим органам влади та територіальним громадам з відповідними трансформаціями податкової і бюджетної системи;
- ✓ розподіл приватних та комунальних прав власності на об'єкти інфраструктури;
- ✓ відновлення регіональної соціальної, комунальної, культурної інфраструктури для розвитку регіональних ринків праці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Аксьонова С. Ю. Особливості народжуваності у жінок середнього віку / С. Ю. Аксьонова // Демографія та соціальна економіка. – 2009. – № 2. – С. 28–38.
- Акушерсько-гінекологічна допомога в Україні за 2006–2008 роки : статистично-аналітичний довідник. – К. : Міністерство охорони здоров'я України, Центр медичної статистики МОЗ України, 2009. – 238 с.
- Аналітичний звіт за результатами дослідження в рамках проекту «Покращення діагностики та лікування туберкульозу серед груп високого ризику у сільській місцевості та у малих містах України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dssz.gov.ua/index.php/golovna/97-novyny/824-2012-03-04-09-35-01>
- Бідність в Україні та пропозиції профспілок щодо її подолання. Аналітична записка [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.fnppk.org.ua/index_web_files/Analitika_2011.htm
- Бідність та нерівні можливості дітей в Україні / [Черенько Л. М., Полякова С. В., Реут А. Г. та ін.] ; за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Український центр соціальних реформ, 2009. – 288 с.
- Боротьба з бідністю – головний пріоритет політики держави. Матеріали круглого столу «Подолання бідності в Україні: основні засади політики держави. Діяльність Мінпраці на виконання Указу Президента України «Про невідкладні заходи з подолання бідності». Виступ Л. Черенько [Електронний ресурс] // Соціальна тема. – Режим доступу : [www.http://mlsp.kmu.gov.ua/document/118811/st26.pdf](http://mlsp.kmu.gov.ua/document/118811/st26.pdf)
- Будущее, которого мы хотим. Итоговый документ Конференции ООН по устойчивому развитию Рио+20 [Электронный ресурс]. – Режим доступу : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=R
- Буркинський Б. В. Екологізація політики регіонального розвитку / Буркинський Б. В. – Одеса : Інститут проблем ринка і економіко-екологічних досліджень НАН України, 2002. – 328 с.
- Бюджетний моніторинг: Аналіз виконання бюджету за 2011 рік / [Щербина І. Ф., Рудик А. Ю., Зубенко В. В. та ін.] ; Проект «Зміцнення місцевої фінансової ініціативи». – К. : ІБСЕД, 2011. – 96 с.
- В Украине около миллиона пар бесплодны. Информационный портал по проблемам бесплодия, вспомогательным репродуктивным технологиям и ЭКО [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.probirka.org/newsflash/4851-v-ukraine-okolo-milliona-par-besplodni.html>
- В Україні завершується процедура закупівлі антиретровірусних препаратів та тест-систем. Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=246303696&cat_id=244277212
- Веклич О. Экологическая рента: сущность, разновидности, формы / О. Веклич // Вопросы экономики. – 2006. – № 11. – С. 104–110.
- Викиди забруднюючих речовин та парникових газів у атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення у 2012 році (остаточні дані) Статистичний бюлетень. – Київ, 2013.
- Вищу освіту в Україні визнали однією з найкращих в світі [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://tsn.ua/ukrayina/vischu-osvitu-v-ukrayini-viznali-odniyeu-iz-naykraschih-usviti.html>
- ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень / [авт кол.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України». – К., 2013. – № 39. – 35 с.
- ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень / [авт кол.] ; Міністерство охорони здоров'я України, ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України». – К., 2013. – № 40. – 24 с.
- Выступление Генерального секретаря ООН на пленарном заседании ГА высокого уровня, посвященном целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия. 22.09.2010 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.un.org/ru/mdg/summit2010/statements.shtml>
- Гендерні стереотипи та ставлення громадськості до гендерних проблем в українському суспільстві / [авт кол.]. – К. : ПРООН, Інститут соціології НАНУ, 2007. – 145 с.
- Гор А. Земля у рівновазі. Екологія і людський дух / Гор А. ; пер. з англ. ; ВГО «Україна. Порядок денний на ХХІ століття», Інститут сталого розвитку. – К. : Інтелсфера, 2001. – 404 с.
- Грант 9-го раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією за компонентом «Туберкульоз» [Електронний ресурс] / Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших

- соціально небезпечних захворювань. – Режим доступу : <http://dssz.gov.ua/index.php/uk/mizhnarodne-spivrobotnytstvo/granty/1251>
- Гульчак В. Позитивні зміни. Державний облік лісів України – підсумки та прогнози / В. Гульчак // Лісовий і мисливський журнал. – 2012. – № 2. – С. 6–8.
- Гэлбрейт Дж. Экономические теории и цели общества / Гэлбрейт Дж. – М. : Прогресс, 1976. – 406 с.
- Державна програми «Дитяча онкологія» на 2006–2010 роки : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 19.07.2006 р. № 983.
- Державна цільова економічна програма енергоефективності і розвитку сфери виробництва енергоносіїв з відновлюваних джерел енергії та альтернативних видів палива на 2010–2015 роки : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 01.03.2010 р. № 243, станом на 11.06.2013 р.
- Державна цільова програма розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 13.04.2011 р. № 629, станом на 02.11.2012 р.
- Державна цільова програма впровадження у навчально-виховний процес загальноосвітніх навчальних закладів інформаційно-комунікаційних технологій «Сто відсотків» на період до 2015 року : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 13.04.2011 р. № 494.
- Державна цільова соціальна програма подолання та запобігання бідності на період до 2015 року : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 31.08.2011 р. № 1057.
- Державна цільова соціальна програми розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 13.04.2011 р. № 629.
- Десять найгостріших проблем сучасної української школи. Результати опитування Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України керівників освіти різних рівнів (14.08.2012 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mon.gov.ua/index.php/ua/11476-desyat-najgostrishikh-problem-suchasnoji-ukrajinskoji-shkoli>
- Добряк Д.С. Напрями вдосконалення нормативно-правової бази регулювання земельних відносин / Д. С. Добряк, А. Г. Мартин // Землеустрій і кадастр. – 2009. – № 4. – С. 5–10.
- Довкілля України 2010 : [стат. зб.] / відп. за вип. Ю. М. Остапчук ; Державна служба статистики України. – К. : Вид-во «Консультант», 2011. – 282 с.
- Дослідження участі жінок у складі робочої сили України – 2012 : Звіт за результатами соціологічного опитування, проведеного за підтримки Фонду народонаселення ООН / Український центр соціальних реформ, Центр «Соціальний моніторинг». – К., 2012. – 157 с.
- Дубоссарська З. М. Невиношування вагітності / З. М. Дубоссарська, Ю. М. Дука // Здоров'я України. Медична газета. – 2007. – № 9, травень. – С. 62–64.
- Екологічний стан ґрунтів України / С. А. Балюк, В. В. Медведєв, М. М. Мірошниченко та ін. // Український географічний журнал. – 2012. – № 2. – С. 38–42.
- Екологічнобезпечне використання земель сільськогосподарського призначення в умовах зміни клімату/ Макаренко Н. А., Ракоїд О. О., Сахарчук Р. П., Дзюба Л. П // Національна екологічна політика в контексті європейської інтеграції України : матеріали Міжнарод. наук.-практ. конф. (Київ, 27 жовт. 2010 р.). – К. : Центр екологічної освіти та інформації, 2010. – С. 134–138.
- Економічні та гуманітарні напрями розвитку соціальної інфраструктури : [кол. моногр.] / [Новіков В. М., Дєєва Н. М., Дмитренко Г. А. та ін.] ; за наук. ред. В. М. Новікова. – К. : Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, 2012. – 509 с.
- Енергетична стратегія України на період до 2030 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mpe.kmu.gov.ua/fuel/control/uk/doccatalog/list?currDir=50358>
- Ефективність Розширеної ініціативи «Лікарня, доброзичлива до дитини» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://kdm-ldd.org.ua/ldd/index.php?tab=1&subtab=1&submenu=71&entity=381>
- Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки : затверджена Законом України від 19.02.2009 р. № 1026-VI, станом на 07.07.2012 р.
- Загальнодержавна програма охорони та відтворення довкілля Азовського і Чорного морів : затверджена Законом України від 22.03.2001 р. № 2333-III.
- Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки : затверджена Законом України від 08.02.2007 р. № 648-V.
- Загальнодержавна програма розвитку малих міст України : затверджена Законом України від 04.03.2004 р. № 1580-IV, станом на 10.06.2012 р.
- Загальнодержавна цільова програма «Питна вода України» на 2006–2020 роки : затверджена Законом України від 03.03.2005 р. № 2455-IV, в редакції від 13.11.2011 року №3933-VI.

- Загальнодержавна програма розвитку водного господарства : затверджена Законом України від 17.01.2002 р. № 2988-III.
- Загальнодержавна цільова програма розвитку водного господарства та екологічного оздоровлення басейну річки Дніпро на період до 2021 року : затверджена Законом України від 24.05.2012 р. № 4836-VI.
- Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки : затверджена Законом України від 16.10.2012 р. № 5451-VI.
- Закон України «Про виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні» від 21.06.2012 р. № 4999-VI.
- Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 22.03.2012 р. № 4565-VI.
- Закон України «Про дошкільну освіту» від 11.07.2001 р. № 2628-III, станом на 05.12.2012 р.
- Закон України «Про Єдиний митний тариф» від 05.02.1992 р. № 2097-XII, станом на 01.06.2012 р.
- Звіт про виконання загальнодержавної програми формування національної екологічної мережі України за 2011 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.menr.gov.ua/content/article/6032> – Назва з титул. екрана.
- Зубець М. В. Стратегія збалансованого використання і охорони земель України / М. В. Зубець, В. В. Медведєв, С. А. Балюк // Вісник аграрної науки. – 2011. – № 4. – С. 19–23.
- Кількість державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування на 31 грудня 2012 року : [стат. бюл.] / відп. за вип. І. В. Сенік ; Державна служба статистики України. – К. : ДП «Інформ.-аналіт. агентство», 2013. – 35 с.
- Конвенция о биологическом разнообразии: Четвертый национальный доклад Украины [Электронный ресурс] / Министерство охраны окружающей природной среды Украины. – Режим доступа : <http://www.cbd.int/doc/world/ua/ua-nr-04-ru.pdf>
- Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу з опустелюванням у тих країнах, що потерпають від серйозної посухи та / або опустелювання, особливо в Африці, від 17.06.1994 р. – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/go/995_120
- Конвенція про права дитини від 20.11.1989 р., редакція від 01.01.2000 р.
- Концепція Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року : схвалена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21.11.2012 р. № 1002-р.
- Концепція Загальнодержавної програми використання та охорони земель на період до 2022 року : проект Розпорядження Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://land.gov.ua/index.php> – Назва з титул. екрана.
- Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» : схвалена Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р.
- Концепція Загальнодержавної цільової екологічної програми з охорони та відтворення довкілля Чорного та Азовського морів на 2010–2020 роки. – Режим доступу : http://pryroda.in.ua/files/2010/04/Z_05-2009.pdf
- Концепція зменшення обсягів викидів важких металів в атмосферне повітря : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 21.08.2000 р. № 1291.
- Коротка доповідь щодо прогресу у впровадженні Протоколу про воду та здоров'я в Україні (укладена у відповідності до статті 7 Протоколу про воду та здоров'я, прийнятої на другій сесії Наради Сторін у Бухаресті 23–25 листопада 2010 року). – Режим доступу : <http://www.menr.gov.ua/content/article/12433>
- Кочемировська О. Щодо інтеграції сімейної політики до економічної стратегії держави. Аналітична записка [Електронний ресурс] / О. Кочемировська, А. Авчухова ; Національний інститут стратегічних досліджень. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/842>
- Кулинич П. Ф. Екологічні імперативи в системі правової охорони сільськогосподарських земель України // Право України. – 2011. – № 2. – С. 140–147.
- Лісовий кодекс України : в редакції Закону України від 08.02.2006 р. № 3404-IV.
- Лісовський С. А. Суспільство і природа: баланс інтересів на теренах України : [моногр.] / Лісовський С. А. ; Інститут географії НАН України – К. : [б.в.], 2009. – 300 с.
- Марушевський Г. Виступ на Другій міжсесійній зустрічі з підготовки до Конференції ООН зі збалансованого (сталого) розвитку (Нью-Йорк, 16 грудня 2011 року) / Г. Марушевський // Екологічний вісник. – 2011. – № 6. – С. 3.
- Марушевський Г. Б. Збереження біорізноманіття і створення екомережі : інформ. довідник / Марушевський Г. Б., Мельничук В. П., Костюшин В. А. – К. : Wetlands International Black Sea Programme, 2008. – 168 с.
- Материнская смертность в Восточной Европе и Центральной Азии [Электронный ре-

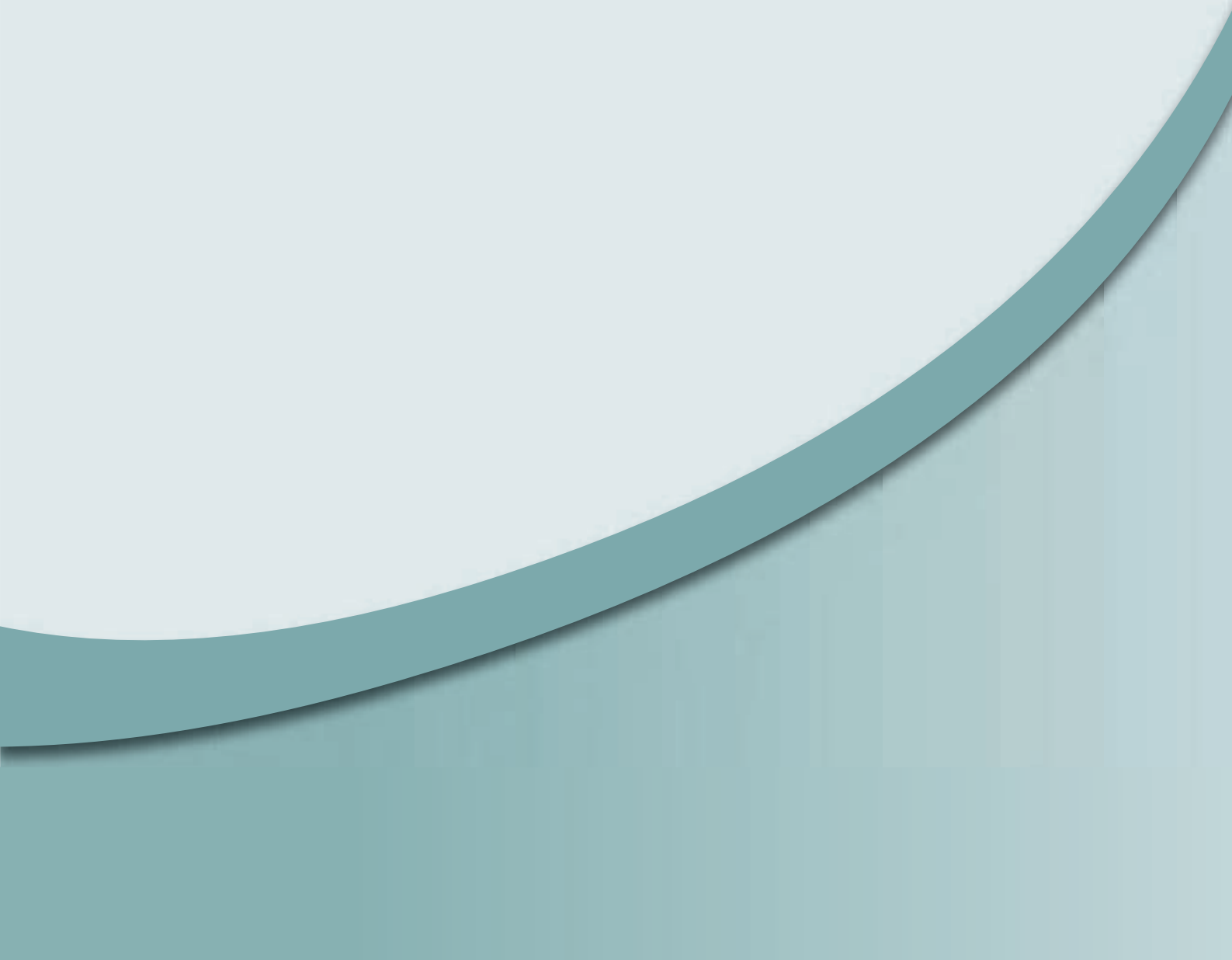
- курс]. – Режим доступа : <http://demoscope.ru/weekly/2012/0529/reprod01.php>
- Материнська смертність в Україні вища, ніж в Європі [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ipress.ua/news/v_ukraini_materi_pomyrayut_chastishe_nizh_v_yevropi_4409.html
- Медведовська Н. В. Матеріали Міністерства охорони здоров'я України до щорічної доповіді Президенту України «Стан молоді в Україні» / Н. В. Медведовська, Г. В. Курчатова. – К. : МОЗ, 2010. – [б.с.]
- Методика комплексної оцінки бідності : затверджено Наказом Міністерства соціальної політики України, Міністерства економічного розвитку і торгівлі України, Міністерства фінансів України, Державної служби статистики України, Національної академії наук України від 08.10.2012 р. № 629/1105/1059/408/612 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z1785-12>
- Молодь в умовах становлення незалежної України (1991–2011 роки). Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні [Електронний ресурс] / Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України, Державний інститут розвитку сімейної та молодіжної політики ; [редкол.: О. В. Белишев (голова) та ін.]. – Режим доступу : <http://www.dipsm.org.ua/files/2012/04/dopovid-molod11-ebook.pdf>
- Молодь за здоровий спосіб життя. Державна доповідь [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mzz.com.ua/vidannya/derzhavna-politika-formuvannya-mzz>
- Моніторинг стану здоров'я матері та дитини: аналітично-статистичний довідник [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України, ДЗ Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/Mother_children_Monitoring.pdf
- Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств в Україні 2012–2013. Попередні результати [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Preliminary_MICS4_Preliminary.pdf
- Навстречу «зеленої» економіці: пути к устойчивому развитию и искоренению бедности – обобщающий доклад для представителей властных структур [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.un.org/ru/development/sustainable/ger_synthesis.pdf
- Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку ведення реєстру хворих на туберкульоз» від 19.10.2012 р. № 818.
- Наказ МОЗ «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» від 15.07.2011 р. № 417.
- Национальный кадастр антропогенных выбросов из источников и абсорбции поглотителями парниковых газов в Украине за 1990–2009 гг. – К. : Министерство охраны окружающей природной среды Украины, 2011. – 558 с.
- Національна доповідь про людський розвиток 2011. Україна: на шляху до соціального залучення [Електронний ресурс] / під наук. кер. Е. М. Лібанової. – Режим доступу : http://www.undp.org.ua/files/ua_95644NHDR_2011_Ukr.pdf
- Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні / [Андрущенко В. П., Бех І. Д., Бурда М. І. та ін.] ; за заг. ред. В. Г. Кременя ; Нац. академія пед. наук України. – К. : Педагогічна думка, 2011. – 304 с.
- Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2010 році. – К. : Центр екологічної освіти та інформації, 2011. – 254 с.
- Національна доповідь про стан родючості ґрунтів України / за ред. С. А. Балюка, В. В. Медведєва, О. Г. Тараріко та ін. – К. : НААНУ, 2010. – 112 с.
- Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2009 році [Електронний ресурс] / МНС України. – Режим доступу : http://www.mns.gov.ua/content/annual_report_2009.html – Назва з титул. екрана.
- Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2011 році [Електронний ресурс] / МНС України. – Режим доступу : <http://www.mns.gov.ua/content/nasdopovid2011.html> – Назва з титул. екрана.
- Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні у 2010 році [Електронний ресурс] / МНС України. – Режим доступу : <http://www.mns.gov.ua/content/nasdopov2010.html> – Назва з титул. екрана.
- Національна доповідь України про стан виконання положень «Порядку денного на ХХІ століття» за десятирічний період : Звіт за НДР (заключний) [Електронний ресурс] / Інститут географії НАН України. – № ДР 0112U006426. – Режим доступу : www.menr.gov.ua/media/files/Nacdopovid2012.doc
- Національна доповідь України про якість питної води та стан питного водопостачання в Україні у 2011 році [Електронний ресурс] / Мін-регіонбуд України. – Режим доступу : <http://minregion.gov.ua/zhkh/vodopostachannya/nacionalna-dopovid-projakist-pytnoi-vody-ta->

- stan-pytного-vodopostachannja-v-ukraini-u-2011-roci/
- Національна доповідь щодо впровадження в Україні Конвенції Організації Об'єднаних Націй про боротьбу з опустелюванням / Н. А. Макаренко, О. О. Ракоїд, Р. П. Сахарчук та ін. ; за ред. Ю. Т. Колмаза, Н. А. Макаренко. – К. : Фітосоціоцентр, 2007. – 54 с.
- Національна екологічна політика України: оцінка і стратегія розвитку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.un.org.ua/files/national_ecology.pdf
- Національна програма боротьби із захворюванням на туберкульоз на 2002–2005 роки : затверджена Указом Президента України від 20.08.2001 р. № 643.
- Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні : практичні настанови / за ред. Р. О. Моїсєєнко. – К. : Міністерство охорони здоров'я України, 2012. – 111 с.
- Незалежний громадський Звіт щодо захисту прав дитини в Україні в 2010–2012 рр. [Електронний ресурс] / Бортнік Р. О., Мельник Р., Печенкін І. В. та ін. ; Всеукраїнська громадська організація «Правозахисна організація «Спільна Мета». – Режим доступу : <http://commongoal.org.ua/?p=138>
- Новий курс: реформи в Україні. 2010–2015. Національна доповідь [Електронний ресурс] / за заг. ред. В. М. Гейця, А. І. Даниленка, М. Г. Жулинського та ін. ; НАН України, Секція суспільних і гуманітарних наук. – Режим доступу : <http://www.nbuv.gov.ua/books/2010/10nandop1.pdf>
- Обеспечение Безопасной Беременности. Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98794/E93128R.pdf
- Обзоры результативности экологической деятельности. Украина. Второй обзор [Электронный ресурс] / Европейская экономическая комиссия ООН. Комитет по экологической политике. – Режим доступа : http://www.un.org/ru/publications/pdfs/second_survey_of_economic_activity_results_ukraine_rus.pdf
- Органами прокуратури України щороку проводяться перевірки захисту прав дітей на освіту [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.gp.gov.ua/ua/news.html?m=publications&t=rec&c=view&id=99005>
- Освіта України – 2011: Інформаційно-аналітичні матеріали про діяльність Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України у 2011 році / [уклад. : О. А. Удод, К. М. Левківський, В. П. Погребняк та ін.]. – Режим доступу : <http://www.mon.gov.ua/ua/activity/education/education-reform/informatsijno-analitichni-materiali-pro-diyalnist-ministerstva-osviti-i-nauki-molodi-ta-sportu-ukrajini-1/1365767056/>
- Освіта України – 2012: Інформаційно-аналітичний звіт про діяльність Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України у 2012 році / [уклад. : О. А. Удод, К. М. Левківський, В. П. Погребняк та ін.]. – Режим доступу : [http://www.mon.gov.ua/img/zstored/files/MON_Osvita-Ukr_2012_ukr_\(038-13\)_V_indd.pdf](http://www.mon.gov.ua/img/zstored/files/MON_Osvita-Ukr_2012_ukr_(038-13)_V_indd.pdf)
- Основні засади (стратегія) державної екологічної політики України на період до 2020 року : затверджено Законом України від 21 грудня 2010 року N 2818-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2818-17>
- Основні причини високого рівня смертності в Україні / дослідження із серії «Здоров'я людини та демографія». – К. : ВЕРСО-04, 2010. – 60 с.
- Оценка материнской смертности по регионам мира, 2000 год [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://demoscope.ru/weekly/2005/0199/reprod01.php>
- Оцінка стану виконання підсумкових документів Всесвітнього саміту зі сталого розвитку (Йоганнесбург, 2002) в Україні / Руденко Л. Г., Горленко І. О., Гукалова І. В. та ін. ; за ред. Л. Г. Руденка. – К. : Академперіодика, 2004. – 208 с.
- Перехід до моделі «зеленої економіки» в Україні пов'язаний з рядом труднощів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.rbc.ua/ukr/news/economic/perehod-k-modeli-zelenoy-ekonomiki-v-ukraine-sopryazhen-01072011151700>
- Перспективи економіки України в умовах глобальної макроекономічної нестабільності. Аналітична доповідь / Жаліло Я. А., Покришка Д. С., Белінська Я. В. та ін. – К. : НІСД, 2013. – 120 с. – (Серія «Економіка». Вип. 1).
- Петерсон С. Переосмислюючи Цілі розвитку тисячелеття для Африки [Електронний ресурс] / С. Петерсон. – Режим доступу : <http://ecsosman.hse.ru/hsedata/2012/10/08/1244264911/9.pdf>
- Підсумки конференції ООН зі збалансованого розвитку «Ріо+20» // Екологічний вісник. – 2012. – № 3. – С. 2–3.
- Післякризовий розвиток економіки України: засади стратегії модернізації. Аналітична доповідь / Жаліло Я. А., Покришка Д. С., Белінська Я. В. та ін. – К. : НІСД, 2011. – 66 с.
- План заходів на 2010 рік щодо реалізації Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2015 року : затверджений Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29.07.2009 р. № 891.

- Податковий кодекс України : в редакції Закону України від 04.08.2013 р. № 2755-IV.
- Постанова Кабінету Міністрів України «Питання реалізації Державної цільової економічної програми енергоефективності на 2010–2015 роки» від 27.04.2011 р. № 447.
- Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вибір».
- Проведення повторної оцінки клінік, дружніх до молоді / Амджадин Л. М., Коноплицька Т. О., Лисенко О. М. та ін. – К. : Вид-во «K.I.C.», 2012. – 112 с.
- Програма дій «Порядок денний на XXI століття» / пер. з англ. ; ВГО «Україна. Порядок денний на XXI століття». – К. : Інтелсфера, 2000. – 360 с.
- Прокопенко Н. Тимчасові відповіді на вічні запитання / Н. Прокопенко // Дзеркало тижня. Україна. – № 47–48. – 21–27 грудня 2012 р. – С. 12.
- Резолюція A/RES/62/98 Генеральної Асамблеї ООН от 31.01.2008 г. [Електронний ресурс] / Не имеющий обязательной юридической силы документ по всем видам лесов. – Режим доступа : <http://daccess-ods.un.org/TMP/9695956.11095428.html>
- Резолюція Економічного і соціального союзу ООН 2006/49 [Електронний ресурс] / Итоговый документ шестой сессии Форума ООН по лесам. – Режим доступа : <http://www.un.org/ru/ecosoc/docs/2006/r2006-49.pdf>
- Рекомендації парламентських слухань на тему «Освіта в сільській місцевості: кризові тенденції та шляхи їх подолання» : схвалено Постановою Верховної Ради України від 07.06.2012 р. № 4949-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступа : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4949-17>
- Соціальна політика в умовах поглиблення соціальної нерівності в Україні : [моногр.] / за заг. ред. Л. І. Ільчука, О. О. Давидюк, Ю. В. Кривобок. – Херсон : ПП Вишемирський В. С., 2010 – 376 с.
- Соціальний захист населення України в 2011 р. : [стат. зб.] / відп. за вип. І. В. Калачова ; Державна служба статистики України. – К. : ДП «Інформ.-аналіт. агентство», 2012. – 119 с.
- Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2013 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств) : [стат. зб.] / відп. за вип. І. І. Осипова ; Державна служба статистики України. – К. : ДП «Інформ.-аналіт. агентство», 2013. – 83 с.
- Соціально-економічне становище сільських населених пунктів України : [стат. зб.] / відп. за вип. І. В. Калачова ; Державний комітет статистики України. – К. : ІВЦ Держкомстату України, 2006. – 207 с.
- Ставлення молоді до здорового способу життя 2010 р. [Електронний ресурс] / Державний інститут сімейної та молодіжної політики. – Режим доступу : <http://www.mzz.com.ua/anketa-stavleniya-molodi-do-zdorovogo-sposobu-zhittya.html>
- Сталий людський розвиток: забезпечення справедливості. Національна доповідь / кер. авт. кол. Е. М. Лібанова. – К. : Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, 2012. – 412 с.
- Стан і перспективи розвитку зеленої економіки та зеленого бізнесу в Україні. Аналітична доповідь [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://bibl.com.ua/ekonomika/20710/index.html?page=3>
- Стан та чинники здоров'я українських підлітків : [моногр.] / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін. ; наук. ред. О. М. Балакірева ; ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. – К. : Вид-во «K.I.C.», 2011. – 172 с.
- Стиглиц Дж. Ю. Економіка державного сектора / Стиглиц Дж. Ю. – М. : «ИНФРА-М», 1997. – 720 с.
- Стратегія подолання бідності : затверджена Указом Президента України від 15.08.2001 р. № 637/2001.
- Тищук Т. А. Економіка України у 2011 році: прогноз динаміки, виклики та ризики / Т. А. Тищук, Ю. М. Харазішвілі, О. В. Іванов ; за заг. ред. Я. А. Жаліла. – К. : НІСД, 2011. – 88 с.
- Туберкульоз в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 2002–2012 роки) [Електронний ресурс] / під ред. О. К. Толстаново. – Режим доступу : <http://www.stoptb.in.ua/ua/> – Назва з титул. екрана.
- Форма № 4 (квартальна) «Звіт про загальну кількість випадків туберкульозу I, II та III категорії хворих (за даними бактеріоскопії і/або культурального дослідження ТБ07)» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://s2.nauch.com.ua/docs/56/index-43892-4.html>
- Форма № 4-1 (квартальна) «Звіт про кількість хворих, які були зареєстровані у 4 категорії (ТБ 07-МР ТБ)» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://s2.nauch.com.ua/docs/56/index-43892-3.html>
- Форма № 8-3 (квартальна) «Звіт про результати дослідження стійкості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів у хворих на туберкульоз легень, які були зареєстровані 12–15 місяців тому ТБ11» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://s2.nauch.com.ua/docs/56/index-43892-4.html>

- Харченко Н. М. Методика вимірювання та досвід аналізу бідності в сучасній Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. соціол. наук : спец. 22.00.02 «Методологія та методи соціологічних досліджень» / Н. М. Харченко. – К., 2001 – 20 с.
- Цели тысячелетия в преломлении кризиса [Электронный ресурс] // Экономическое обозрение. – Режим доступа : <http://review.uz/ru/article/302>
- Цілі Розвитку Тисячоліття в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.undp.org.ua/ua/millennium-development-goals/mdgs-in-ukraine>
- Цілі розвитку тисячоліття Україна – 2010. Національна доповідь. – К. : Міністерство економіки України, 2010. – 107 с.
- Чернега О. Б. Подолання бідності – головне завдання виконання Цілей розвитку тисячоліття / О. Б. Чернега, В. В. Опалько // Вісник економіки транспорту і промисловості. – 2010. – № 32. – С 335–340.
- Шевяков А. Влияние социальной политики на положение отдельных групп населения / А. Шевяков // Экономист. – 2008. – № 9. – С. 54–64.
- Школярям – освіту, освіті – якість [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://golosukraine.com/publication/kultura/osvita/9620-shkolyaram-osvitu-osviti-yakist/#.UbBnHdh8nFw>
- Шлюб, сім'я та дітородні орієнтації в Україні. – К. : АДЕФ-Україна, 2008. – 256 с.
- Childbearing Trends and Policies in Europe [Electronic resource] / editors: T. Frejka, T. Sobotka, J. M. Hoem, L. Toulemon. – Access mode : <http://www.demographic-research.org/special/7/>
- Environmental Performance Index [Electronic resource]. – Access mode : <http://epi.yale.edu> – Screen title.
- European Sociological Survey [Electronic resource]. – Access mode : <http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/>
- Eurostat home page [Electronic resource]. – Access mode : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>
- Galbraith J. K. The Great Crash / Galbraith J. K. – [Reprint ed.]. – Boston : Mariner Books, 2009. – 224 p.
- Global Tuberculosis Control. WHO report 2010 [Electronic resource] / World Health Organization. 2010.7. – Access mode : http://www.doh.state.fl.us/disease_ctrl/tb/trends-stats/Fact-Sheets/US-Global/WHO_Report2010_Global_TB_Control.pdf
- Global Tuberculosis Report [Electronic resource] / World Health Organization. 2012.6. – Access mode : http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf
- Goldenberg R. L Epidemiology and causes of pre-term birth / R. L. Goldenberg, J. F. Culhane, J. D. Iams, R. Romero // The Lancet. – 2008. – Vol. 371, Issue 9606. – P. 75–84.
- Key World Energy Statistics 2010. [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.iea.org/publications/> – Screen title.
- Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases [Electronic resource] / Draft resolution. September 16, 2011. – Access mode : <http://www.cfr.org/diseases-noncommunicable/political-declaration-high-level-meeting-general-assembly-prevention-control-non-communicable-diseases/p25953>
- Rawls J. A Theory of Justice / Rawls J. – Cambridge : Harvard University Press, 1971. – 607 с.
- Review of the National Tuberculosis Programme in Ukraine [Electronic resource] / ed. by: P. de Colombani, J. Veen. – Access mode : <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/ukraine/publications3/review-of-the-national-tuberculosis-programme-in-ukraine>
- Ringen S. Well-being, Measurements and preferences / S. Ringen // Acta Sociological. – 1995. – № 38. – P. 3–15.
- Townsend P. Measuring Poverty / P. Townsend // British Journal of Sociology. – 1954. – № 5(a). – P. 130–137.
- Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 [Electronic resource] / WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. – Access mode : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>
- Wirth L. Breaking Through the Glass Ceiling: Women in Management / Wirth L. – Geneva : International Labour Office, 2001. – 186 p.
- World Health Organization. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. – WHO, 2004.

ДОДАТКИ

A decorative teal wave graphic that starts from the bottom left and curves upwards towards the right, spanning across the bottom half of the page.

Додаток А. Незавершені завдання на шляху досягнення ЦРТ

Таблиця А.1

Пріоритет- на сфера	Пріоритетні напрями відповідно до сфери	Завдання, індикатори, часові рамки	Джерело
1	2	3	4
Бідність	Подолання та запобігання бідності	Завдання та індикатори: – знизити рівень бідності серед працюючих до 15% (нині – 20,7%); – знизити рівень бідності серед дітей до 29% (нині – 33,1%); – знизити рівень бідності за відносним критерієм крайньої бідності до 10,9% (нині – 11,2%); – знизити рівень бідності за абсолютним критерієм для порівняння з міжнародними показниками до 0,5% (нині – 2,3%). Термін виконання – до 2015 року	Державна цільова соціальна програма подолання та запобігання бідності на період до 2015 року
	Зменшення масштабів дитячої бідності та подолання соціального сирітства	Завдання: – збільшити кількість дітей, повернутих в біологічну родину та усиновлених громадянами України; – піднести в суспільстві престиж та авторитет сімей усиновителів; – запровадити єдиний механізм фінансового забезпечення дітей; – зменшити кількість дітей, вилучених зі сімейного середовища; – зменшити кількість дітей, направлених до закладів; – збільшити кількість дітей, влаштованих у сім'ї громадян за місцем походження дитини; – реформувати систему закладів із створенням умов для проживання та виховання дітей, наближених до сімейних; – створити умови для забезпечення реалізації права дитини на збереження або поновлення контактів з біологічною родиною, родинним оточенням у тому разі, коли це не шкодить її інтересам. Термін виконання – до 2017 року	Державна цільова соціальна програма реформування системи закладів для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування
		Завдання: – забезпечити ефективну діяльність суб'єктів соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю щодо раннього виявлення сімей, які входять до групи ризику опинитися у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг, попередження вилучення дитини з сім'ї; – забезпечити надання якісних соціальних послуг дітям та сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах, зменшити кількість таких сімей; – зменшити кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, які виховуються в інтернатних закладах; – зменшити кількість дітей, які перебувають поза сімейним оточенням; – створити умови для утвердження в суспільстві сімейних цінностей, виховання відповідального батьківства та запобігання соціальному сирітству. Термін виконання першого етапу – до 2015 року (кількість дітей-сиріт має зменшитися щонайменше на 10 тисяч). Термін виконання – до 2020 року	Національна стратегія профілактики соціального сирітства на період до 2020 року План заходів з реалізації Національної стратегії профілактики соціального сирітства на період до 2020 року

Продовження табл. А.1

1	2	3	4
Зайнятість	Створення умов для підвищення рівня зайнятості населення	Завдання: – підтримувати молодих працівників, залучених до роботи в селах і селищах; – збільшити обсяги самозайнятості населення шляхом надання безробітним особам консультацій з питань організації та провадження підприємницької діяльності; – вдосконалити систему моніторингу створення нових робочих місць; – модернізувати систему прогнозування та перейти до складання середньострокового прогнозу потреб економіки у фахівцях з вищою освітою та робітничих кадрах. Індикатори: чисельність зайнятих економічною діяльністю віком 15–70 років – 21,2–21,4 млн. осіб; рівень зайнятості осіб віком 15–70 років – 63,7–64,3%; рівень зайнятості осіб віком 15–24 років – 50,8–51,9%; чисельність безробітних віком 15–70 років, визначена за методологією МОП, – 1,45–1,5 млн. осіб; рівень безробіття осіб віком 15–70 років, визначений за методологією МОП, – 6,3–6,6 %; рівень безробіття осіб віком 15–24 років, визначений за методологією МОП, – 13–14,8%. Термін виконання – до 2017 року	Програма сприяння зайнятості населення та стимулювання створення нових робочих місць на період до 2017 року
Освіта	Розвиток дошкільної освіти	Завдання: – забезпечення конституційних прав і державних гарантій щодо доступності здобуття дошкільної освіти дітьми дошкільного віку шляхом розширення мережі дошкільних навчальних закладів різних типів і форм власності; – створення умов для обов'язкового здобуття дітьми п'ятирічного віку дошкільної освіти; – поліпшення якості дошкільної освіти, розроблення механізму, що забезпечує її сталий інноваційний розвиток; – забезпечення особистісного зростання кожної дитини з урахуванням її задатків, здібностей, індивідуальних психічних і фізичних особливостей; – збереження та зміцнення здоров'я дітей з раннього дитинства. Термін виконання – до 2017 року	Державна цільова соціальна програма розвитку дошкільної освіти на період до 2017 року
Гендерна рівність	Подолання гендерної нерівності	Завдання: – створити умови та можливості для паритетної участі жінок і чоловіків у прийнятті політичних, економічних та соціальних рішень; – створити належні умови для забезпечення жінкам і чоловікам можливості суміщати трудову діяльність із сімейними обов'язками; – забезпечити включення до навчальних програм стандартів гендерної освіти; – мінімізувати асоціальні прояви у сім'ї, передусім насильство, збільшити на 20% кількість осіб, залучених до відповідних реабілітаційних програм. Термін виконання – до 2016 року	Концепція Державної програми забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків на період до 2016 року

Продовження табл. А.1

1	2	3	4
Здоров'я	Поліпшення здоров'я вагітних жінок	Завдання та індикатори: – знизити рівень до 2015 року: анемії серед вагітних на – 45% (до 19,1 на 100 вагітних); гемолітичної хвороби новонароджених – на 20 % (до 6,6 на 1000 народжених вагою 1000 грамів і більше); підліткової вагітності – на 20% (до 11,2 на 1000 дівчат 15–17 років); запальних захворювань статевих органів у підлітків 15–17 років – на 20%; штучного переривання вагітності серед підлітків 15–17 років – на 20%; штучного переривання вагітності в дорослих жінок – на 20%; захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, – на 30%; захворюваності на гонорею серед дорослого чоловічого населення – на 10%; захворюваності на рак шийки матки – на 20%; онкологічної захворюваності молочної залози – на 10%; смертності новонароджених від синдрому дихальних розладів – на 20% (до 0,9 на 1000 народжених живими); – збільшити кількість дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні до шести місяців, – до 60%; – забезпечити антенатальним доглядом 98% вагітних; – довести рівень впровадження в амбулаторно-поліклінічних педіатричних закладах системи надання послуг «Клініка дружня до молоді» до 90%; – підвищити рівень використання сучасних засобів запобігання непланованій вагітності на 20%. Термін виконання – до 2015 року	Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року
	Поліпшення здоров'я населення України	Завдання: – розроблення та впровадження новітніх технологій мінімізації факторів (чинників) ризику захворювань та створення сприятливого для здоров'я середовища на основі даних наукових досліджень; – розроблення стратегії з питань формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки; – оптимізації організації та механізму фінансування системи надання медичної допомоги, спрямованої на розв'язання реальних потреб населення, запровадження солідарного принципу фінансування; – підвищення якості кадрового забезпечення та рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики та раннього виявлення хвороб; – проведення та застосування результатів сучасних інноваційних наукових розробок з обов'язковим створенням ефективної системи впровадження результатів наукових розробок в практику охорони здоров'я (взаємодія зі зворотним зв'язком); – проведення наукових досліджень зі збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом формування громадської системи охорони здоров'я, первинної профілактики захворювань та вивчення негативного впливу факторів ризику й соціальних детермінант на здоров'я та шляхів його мінімізації. Термін виконання Програми – до 2020 року	Концепція Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»

Продовження табл. А.1

1	2	3	4
Навколишнє середовище	Поліпшення стану навколишнього середовища	У Стратегії визначено завдання за 7-ма цілями: 1. Підвищення рівня суспільної екологічної свідомості; 2. Поліпшення екологічної ситуації та підвищення рівня екологічної безпеки; 3. Досягнення безпечного для здоров'я людини стану навколишнього природного середовища; 4. Інтеграція екологічної політики та вдосконалення системи інтегрованого екологічного управління; 5. Припинення втрат біологічного та ландшафтного різноманіття і формування екологічної мережі; 6. Забезпечення екологічно збалансованого природо-користування; 7. Удосконалення регіональної екологічної політики. Термін виконання – до 2020 року	Основні засади (Стратегія) державної екологічної політики України на період до 2020 року
	Забезпечення доступу населення до якісної питної води	Завдання: – упорядкувати зони санітарної охорони джерел питного водопостачання; – побудувати та реконструювати водозабірні споруди із застосуванням новітніх технологій та обладнати упродовження станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого водопостачання; – побудувати та реконструювати водопровідні й каналізаційні очисні споруди із застосуванням новітніх технологій та обладнання. Індикатори: Кількість водозаборів, на яких буде упорядковано зони санітарної охорони джерел питного водопостачання, – 247 одиниць. Кількість упродовжених станцій (установок) доочищення питної води у системах централізованого питного водопостачання та пунктах розливу води – 2500 од. Термін виконання – до 2020 року	Загально-державна цільова програма «Питна вода України» на 2011–2020 роки

Додаток Б

Глобальні ЦРТ та ЦРТ, адаптовані для України

Таблиця Б.1. Офіційний перелік показників досягнення ЦРТ (дійсний з 15 січня 2008 року) і національні завдання та показники ЦРТ (встановлені у 2003 році та переглянуті у 2010 році)

Цілі та Завдання (із Декларації Тисячоліття)	Показники (із Декларації Тисячоліття)	Цілі та Завдання (національні)	Показники (національні)	Цільовий показ- ник на 2015 рік	Стан на 2013 рік (дані за 2012 рік)
1	2	3	4	5	6
Ціль 1. Ліквідація крайньої злиденності та голоду					
Завдання 1.А: Скоротити вдвічі за період 1990 – 2015 роки частку населення, яке має до- бовий дохід, менший за 1 дол. США за ПКС	1.1. Частка населення, чиє добове споживання нижче за 1 дол. США за ПКС	Завдання 1.А: Ліквідувати до 2015 року бідність за критерієм добового споживання 5,05 дол. США на добу за ПКС	1.1. Частка населення, чиє добове споживання є нижчим за 5,05 дол. США за ПКС, %	< 0,5	2,3
	1.2. Коефіцієнт злиденності (частка незamoжного населення, ступінь злиденності)				
	1.3. Частка найбідніших двадцяти відсотків населення у структурі споживання		1.2. Частка бідного населення за національним критерієм, %	25,0	25,5
			1.3. Частка бідних серед дітей, %	29,0	33,1
			1.4. Частка бідних серед працюючих осіб, %	15,0	20,7
		Завдання 1.С: Зменшити в десять разів до 2015 року питому вагу населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму	1.5. Частка населення, чиє споживання є нижчим за рівень фактичного прожиткового мінімуму, %	7,0	24,0

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4	5	6
Завдання 1.В: Забезпечити повну і продуктивну зайнятість та гідну роботу для всіх, у тому числі жінок і молоді	1.4. Зростання ВВП на одного працюючого 1.5. Частка зайнятих у загальній чисельності населення 1.6. Частка зайнятих, які живуть менше ніж на 1 дол. США на добу за ПКС 1.7. Частка зайнятих індивідуальною трудовою діяльністю і неоплачуваних працівників, зайнятих у домашньому господарстві, у загальній чисельності зайнятих 1.8. Частка дітей віком до п'яти років із низькою масою тіла 1.9. Частка населення, калорійність харчування якого нижча за мінімальну припустимий рівень				
Завдання 1.С: Скоротити вдвічі за період 1990 – 2015 роки частку населення, яке потерпає від голоду					
Ціль 2. Забезпечення загальної початкової освіти					
Завдання 2.А: Забезпечити, щоб до 2015 року у дітей усього світу, як у хлопчиків, так і у дівчат, була можливість одержати у повному обсязі початкову шкільну освіту	2.1. Чистий коефіцієнт охоплення початковою освітою 2.2. Частка учнів першого класу, які досягають останнього класу початкової школи 2.3. Частка освічених серед 15–24-річних жінок і чоловіків	Завдання 2.А: Підвищити рівень охоплення освітою	2.1. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у міських поселеннях, % 2.2. Чистий показник охоплення освітою у ДНЗ дітей віком 3–5 років, які проживають у сільській місцевості, % 2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком від 17 до 22 років, %	95,0 60,0 99,9	93,0 57,6 99,5

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4	
			2.4. Чистий показник охоплення вищою освітою осіб віком від 17 до 22 років, %	56,0
			2.5. Сукупний валовий показник кількості працівників, які пройшли перепідготовку та підвищили свою кваліфікацію, тис. осіб	320
		Завдання 2.В: Підвищити якість освіти	2.6. Кількість ЗНЗ, які мають підключення до Інтернету, %	90
				76,4
Ціль 3: Заохочення рівності чоловіків і жінок, розширення прав і можливостей жінок				
Завдання 3.А: Ліквідувати гендерну нерівність у сфері початкової та середньої освіти, а не пізніше 2015 року – на всіх рівнях освіти	3.1. Співвідношення кількості дівчат і хлопчиків у системах початкової, середньої і вищої освіти 3.2. Частка жінок, які займаються оплачуваною працею у несімейськогосподарському секторі 3.3. Частка жінок серед депутатів національного парламенту	Ціль 3. Забезпечення гендерної рівності		
		Завдання 3.А: Забезпечити гендерне співвідношення на рівні не менше 30% до 70% тієї чи іншої статі у представницьких органах влади та на вищих щаблях виконавчої влади	3.1. Гендерне співвідношення серед депутатів Верховної Ради України, чис. жін./чис. чол.	30/70
			3.2. Гендерне співвідношення серед депутатів місцевих органів влади, чис. жін./чис. чол.	50/50
			3.3. Гендерне співвідношення серед вищих державних службовців (1–2 посадових категорій), чис. жін./чис. чол.	28/72

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4	
		Завдання 3.В: Скоротити наполовину розрив у доходах жінок і чоловіків	3.4. Співвідношення середнього рівня заробітної плати жінок та середнього рівня заробітної плати чоловіків, %	86
				77,6
Ціль 4: Зменшення дитячої смертності				
Завдання 4.А: Скоротити на дві третини за період 1990 – 2015 роки смертність серед дітей віком до п'яти років	4.1. Коефіцієнт смертності дітей віком до п'яти років	Завдання 4.А: Зменшити рівень смертності дітей віком до 5 років на чверть	4.1. Рівень смертності дітей віком до 5 років, кількість померлих дітей віком до 5 років на 1000 народжених живими	11,0
	4.2. Коефіцієнт смертності немовлят		4.2. Рівень смертності немовлят, кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими	9,3
	4.3. Частка дітей одnorічного віку, яким зроблено щеплення від кору			8,4
Ціль 5: Поліпшення здоров'я матерів				
Завдання 5.А: Знизити на три чверті за період 1990 – 2015 роки показник материнської смертності	5.1 Показник материнської смертності	Завдання 5.А: Зменшити наполовину рівень материнської смертності	5.1. Рівень материнської смертності, кількість материнських смертей на 100 тис. народжених живими	13,0
Завдання 5.В: Забезпечити до 2015 року загальний доступ до послуг з охорони репродуктивного здоров'я	5.2 Частка пологів при кваліфікованій родопомочі			12,5
	5.3. Частка населення, яке користується контрацептивами			
	5.4. Коефіцієнт народжуваності серед підлітків			
	5.5. Охоплення дородовим обслуговуванням (щонайменше одне відвідування і щонайменше чотири відвідування)			
	5.6. Незадоволена потреба у послугах з планування родини		5.2. Рівень абортів, кількість абортів на 1000 жінок фертильного віку	15,1
				13,5

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4	
Ціль 6: Боротьба з ВІЛ/СНІДом, малярією та іншими захворюваннями		Ціль 6: Обмеження поширення ВІЛ-інфекції /СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів		
Завдання 6.А: Зупинити до 2015 року поширення ВІЛ/СНІДу і започаткувати тенденцію до скорочення захворюваності	6.1. Частка ВІЛ-інфікованого населення віком від 15 до 24 років 6.2. Частка осіб, які використовували презервативи при останньому половому акті підвищеного ризику 6.3. Частка населення віком 15–24 років, яке має повне і правильне уявлення про ВІЛ/СНІД	Завдання 6.А: Зменшити на 13% темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу	6.1. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення 6.2. Темпи поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу, % 6.3. Кількість померлих від хвороби, зумовленої ВІЛ, на 100 тис. населення	49,1 +4,0 8,0
Завдання 6.В: До 2010 року забезпечити загальний доступ до лікування ВІЛ/СНІДу для тих, хто цього потребує	6.4. Співвідношення показників відвідуваності школи дітьми-сиротами віком від 10 до 14 років і дітьми такого самого віку, які мають батьків 6.5. Частка людей, які перебувають на пізній стадії інфікування ВІЛ та мають доступ до антиретровірусних препаратів		6.4. Рівень передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, %	2,0
Завдання 6.С: Зупинити до 2015 року поширення малярії й інших основних хвороб і покласти початок тенденції до скорочення захворюваності	6.6. Рівні захворюваності та смертності від малярії 6.7. Частка дітей віком до п'яти років, які сплять під сітками, обробленими інсектицидами 6.8. Частка хворих на лихоманку дітей віком до п'яти років, яких лікують протималярійними засобами 6.9. Рівні захворюваності туберкульозом, його поширеності та смертності від нього	Завдання 6.В.: Зменшити на 20% рівень захворюваності на туберкульоз (порівняно з 2005 роком)	6.5. Кількість осіб з уперше встановленим діагнозом туберкульозу (у тому числі органів дихання) на 100 тис. населення	67,5
				68,2

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4	
	6.10. Кількість випадків захворювання туберкульозом, діагностика і лікування яких відбувалось у ході короткого курсу лікування під безпосереднім спостереженням лікаря		6.6. Кількість померлих від туберкульозу на 100 тис. населення	15,0 15,1
Ціль 7: Забезпечення сталого розвитку довкілля				
Завдання 7.А: Включити принципи сталого розвитку у національні стратегії та програми і змінити вектор процесу виснаження природних ресурсів на протилежний	7.1. Частка земельних площ, покритих лісом	Завдання 7.Д: Збільшити до 2015 року лісистість території України до 16,1% та площу природоохоронних територій. Розширити мережу природних заповідників, біосферних заповідників та національних природних парків до 3,5% від загальної площі території України і до 9,0% – загальну площу територій та об'єктів природно-заповідного фонду	7.6. Лісистість територій, відношення земель вкритих лісовою рослинністю, до загальної площі території України, % 7.7. Частка площі заповідників, біосферних заповідників, національних природних парків, % до загальної площі території України 7.8. Частка площі територій та об'єктів природно-заповідного фонду України, % до загальної площі території України	16,1 3,5 9,0 6,05
				–
7.2. Викиди двоокису вуглецю у цілому, на одну особу населення і на 1 долар ВВП за ПКС 7.3. Споживання речовин, що руйнують озоновий шар		Завдання 7.В: Стабілізувати до 2020 року викиди парникових газів на рівні, нижчому на 20% за рівень 1990 року	7.3. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення, млн тонн на рік 7.4. Обсяг шкідливих викидів в атмосферу від пересувних джерел забруднення, млн тонн на рік	4,7 3,2 4,3 2,48

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4	
Завдання 7.В: Значно скоротити до 2010 року темпи втрати біорізноманіття	7.4. Частка запасів риби, що експлуатуються в межах біологічних можливостей 7.5. Частка водних ресурсів, що використовуються, у їх загальному обсязі	Завдання 7.С: Стабілізувати до 2015 року забруднення водних об'єктів. Стабілізувати на рівні 8500 млн куб. м обсяг скидів стічних вод у поверхневі водні об'єкти, млн куб. м на рік	7.5. Обсяг скидів зворотних вод, млн куб. м на рік	7788
Завдання 7.С: Скоротити вдвічі до 2015 року частку населення, яке не має постійного доступу до безпечної питної води і основних санітарно-технічних засобів	7.6. Частка районів суші і моря, що знаходяться під охороною, від площі всієї території 7.7. Частка видів біологічних організмів, що перебувають під загрозою зникнення 7.8. Частка населення, яке використовує поліпшені джерела питної води	Завдання 7.А: Збільшити до 2015 року частку населення, що має доступ до централізованого водопостачання, зокрема до 90% міського населення та до 30% сільського населення	7.1. Частка населення міських поселень, що має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості міського населення 7.2. Частка сільського населення, що має доступ до централізованого водопостачання, % від загальної кількості сільського населення	90,0 30,0 –
Завдання 7.Д: До 2020 року забезпечити істотне поліпшення життя як мінімум 100 млн мешканців нетрів	7.9. Частка населення, яке використовує поліпшені санітарно-технічні засоби 7.10. Частка міського населення, яке живе у нетрях			

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4
Ціль 8: Формування глобального партнерства з метою розвитку			
Завдання 8.А: Продовжити створення відкритої, регульованої, передбачуваної і недискримінаційної торговельної та фінансової системи (передбачається прихильність цілям у сфері добрососуського управління, розвитку і боротьби зі злидненістю як на національному, так і на міжнародному рівнях)	Деякі з перерахованих нижче показників відстежуються окремо для найменш розвинених країн, країн Африки, країн, що розвиваються і не мають виходу до моря, та малих островних держав, що розвиваються.	Ціль 8: ціль не адаптовано для України	
	Офіційна допомога з метою розвитку (ОДР)		
	8.1. Чистий обсяг ОДР, сукупний розмір і розмір, що направляється до найменш розвинених країн, у відсотках до валового національного доходу країн-донорів, які є членами ОЕСР / Ко-мітету сприяння розвитку (КСР)		
	8.2. Частка загальної двосторонньої ОДР секторального призначення, що відраховується країнами-донорами, які є членами ОЕСР/КСР, на основні соціальні послуги (базову освіту, первинне медико-санітарне обслуговування, харчування, доступ до чистої води і санітарно-технічних засобів)		
	8.3. Частка двосторонньої ОДР країн-донорів, які є членами ОЕСР/КСР, не пов'язана умовами		
Завдання 8.В: Задовольняти особливі потреби найменш розвинених країн (передбачається збільшення експортних товарів з найменш розвинених країн від тарифів і квот; розширення програма полегшення боргового тягаря бідних країн з великою заборгованістю і списання заборгованості по офіційних двосторонніх кредитах; збільшення обсягів офіційної допомоги з метою розвитку країнам, що взяли курс на скорочення масштабів злидненості)	8.4. Частка ОДР країнам, що розвиваються і не мають виходу до моря, у їх валовому національному доході		
	8.5. Частка ОДР малим островним державам, що розвиваються, у їх валовому національному доході		

Продовження табл. Б.1

1	2	3	4
Завдання 8.C: Задовольняти особливі потреби країн, що розвиваються і не мають виходу до моря, і малих острівних держав, що розвиваються (шляхом здійснення Програми дій по забезпеченню сталого розвитку малих острівних держав, що розвиваються, і рішень XXII спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН)	Доступ до ринків 8.6. Частка сукупного безмитного імпорту розвинених країн (у вартісному визначенні та за винятком зброї) із країн, що розвиваються, і найменш розвинених країн 8.7. Середні тарифи, введені розвиненими країнами на сільськогосподарську продукцію, текстиль і одяг, що імпортується із країн, які розвиваються 8.8. Розрахунковий обсяг субсидування сільськогосподарського виробництва у країнах – членах ОЕСР у відсотках від валового внутрішнього продукту 8.9. Частка ОДР, виділена на зміцнення торговельного потенціалу Прийнятний рівень заборгованості 8.10. Загальна кількість країн, що досягли моменту ухвалення рішення і моменту завершення процесу по лінії ініціативи щодо бідних країн з великою заборгованістю (нарастаючим підсумком) 8.11. Зобов'язання щодо списання заборгованості у рамках ініціативи щодо бідних країн з великою заборгованістю і багатосторонньої ініціативи з питань полегшення тягара заборгованості 8.12. Обслуговування боргу у відсотках від обсягу експорту товарів і послуг 8.13. Частка населення, яке має постійний доступ до основних лікарських засобів 8.14. Число телефонних ліній на 100 осіб 8.15. Число абонентів стільникового зв'язку на 100 осіб 8.16. Число користувачів Інтернету на 100 осіб		
Завдання 8.D: Комплексно вирішувати проблеми заборгованості країн, які розвиваються, за допомогою національних і міжнародних заходів з метою визначення рівня заборгованості, що був прийнятним у довгостроковому плані Завдання 8.E: У співробітництві з фармацевтичними компаніями забезпечувати доступність основних лікарських засобів у країнах, що розвиваються Завдання 8.F: У співробітництві з приватним сектором вживати заходів до того, щоб усі могли користуватися благами нових технологій, особливо інформаційно-комунікаційних технологій			

Таблиця Б.2. Значення показників Гармонізованого звіту України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу

Цілі та показники	Значення показника	Належність показника
1	2	3
<i>Ціль 1. Знизити рівень передачі ВІЛ статевим шляхом у два рази до 2015 року</i>		
1.1. Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання передачі ВІЛ статевим шляхом та відкидають основні помилкові уявлення про способи передачі ВІЛ*	39,9%	Політична декларація, Дублінська декларація
1.2. Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	6,7%	Політична декларація
1.3. Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	9,7%	Політична декларація
1.4. Відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців та які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту*	63,9%	Політична декларація
1.5. Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та які знають свої результати	12,4%	Політична декларація
1.6. Відсоток молодих людей віком 15–24 років, які живуть з ВІЛ*	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	
1.7. Відсоток жінок комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	61,2%	Політична декларація, Дублінська декларація
1.8. Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презерватива з останнім клієнтом	92,0%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.9. Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	58,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.10. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ	9,0%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.11. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	53,1%	Політична декларація

Продовження табл. Б.2

1	2	3
1.12. Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презерватива під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком	70,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.13. Відсоток ЧСЧ, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	37,8%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.14. Відсоток ЧСЧ, які живуть з ВІЛ	6,4%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.15. Відсоток медичних установ, які забезпечують тестування на ВІЛ та консультування	21,1%	Спільний інструмент
1.17. Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги і пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні закладів допологової допомоги	92,4%	Спільний інструмент
1.18. Відсоток мігрантів із країн з генералізованою епідемією ВІЛ, у яких були статеві контакти більш ніж з одним партнером за останні 12 місяців, які користувалися презервативом під час останнього статевого акту	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.19. Відсоток мігрантів із країн з генералізованою епідемією ВІЛ, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знають свої результати	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.20. Відсоток мігрантів, які є ВІЛ-інфікованими	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.21. Відсоток засуджених, які є ВІЛ-інфікованими	13,6%	Дублінська декларація
Ціль 2. Знизити рівень передачі ВІЛ унаслідок споживання ін'єкційних наркотиків у два рази до 2015 року		
2.1. Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голочок та шприців за рік	75,3	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.2. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту	47,8%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.3. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	95,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент

Продовження табл. Б.2

1	2	3
2.4. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	35,7%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.5. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ	21,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.6. (a) Оціночна кількість споживачів опіатів (ін'єкційних та неін'єкційних)	Оціночна кількість ін'єкційних споживачів опіатів: 250 000	Спільний інструмент
2.6. (b) Кількість людей на замісній терапії на всіх сайтах ЗПТ	6632	Спільний інструмент
2.7. (a) Кількість сайтів з програми обміну голок та шприців (включаючи аптеки, що безкоштовно надають голки та шприці)	1667	Спільний інструмент
2.7. (b) Кількість сайтів з надання опіоїдної замісної терапії	133	Спільний інструмент
Ціль 3. Виключити передачу ВІЛ від матері до дитини до 2015 року і суттєво знизити материнську смертність від СНІДу		
3.1. Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	95,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
3.2. Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження	55,3%	Політична декларація, Спільний інструмент
3.3. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (модельований)	Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини за національною методологією – 4,7% (2009 р.)	Політична декларація
3.4. Відсоток вагітних жінок, які пройшли тестування на ВІЛ та одержали свої результати – під час вагітності, пологів і під час післяпологового періоду (<72 годин), у тому числі ті, хто раніше знав про свій ВІЛ-статус	99,2%	Спільний інструмент
3.7. Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності та пологів (рання частота передачі у віці шести тижнів)**	99,1%	Спільний інструмент
3.10. Кількість немовлят, що були народжені обстеженими жінками та годування яких було відмічено у візиті ДТРЗ	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Спільний інструмент
3.13. (a) Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які були споживачами ін'єкційних наркотиків	3,5%	Спільний інструмент

Продовження табл. Б.2

1	2	3
3.13. (b) Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які отримували замісну терапію під час вагітності	7,3%	Спільний інструмент
3.13. (c) Відсоток ВІЛ-інфікованих породіль СІН, які отримували АРТ для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності	65,3%	Спільний інструмент
Ціль 4. Надати антиретровірусне лікування 15 мільйонам людей, які живуть з ВІЛ, до 2015 року		
4.1. (b) Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування і які у теперішній час його отримують:		Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
– від диспансерної групи	69,9%	
– від оціночної чисельності	22%***	
4.2. Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	82,3%	Політична декларація, Спільний інструмент
4.2. (a). Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	73,2%	Спільний інструмент
4.2. (c) Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 році)	70,8%	Спільний інструмент
4.2. (d) Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 році)	61,7%	Спільний інструмент
4.4. Відсоток лікувальних закладів, які надають антиретровірусні препарати та тих, в яких було зафіксовано відсутність принаймні одного необхідного АРВ-препарату протягом останніх 12 місяців	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
4.5. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують антиретровірусної терапії вже на момент постановки діагнозу	40,0%	Дублінська декларація, Спільний інструмент
Ціль 5. Знизити кількість смертей від туберкульозу серед людей, які живуть з ВІЛ, на 50% до 2015 року		
5.1. Відсоток оціночної кількості ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції	35,7%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
5.3. Відсоток дорослих та дітей, які уперше залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих осіб та почали профілактичну терапію ізоніазидом	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент

Продовження табл. Б.2

1	2	3
5.4. Відсоток дорослих та дітей, які включені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих осіб та у яких був визначений і зареєстрований статус туберкульозу під час останнього візиту	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
Ціль 6. Досягнути значного рівня глобальних річних витрат (22–24 млрд дол. США) в країнах із низьким та середнім рівнем доходів		
6.1. Вітчизняні та міжнародні витрати на СНІД за категоріями та джерелами фінансування	2009 р.: 509 446 463 грн 2010 р.: 578 340 208 грн	Політична декларація, Дублінська декларація
Ціль 7. Вирішальні допоміжні фактори та спільні зусилля із секторами розвитку		
7.1. Зобов'язання країни та політичні інструменти (ЗКПІ) (профілактика, лікування, догляд та підтримка, права людини, залучення громадянського суспільства, гендерні питання, програми на робочих місцях, стигма та дискримінація, моніторинг та оцінка)	Додатки 2, 3 до Звіту	Політична декларація, Дублінська декларація
7.1. (с) Європейське доповнення до ЗКПІ	Додатки 4, 5 до Звіту	Дублінська декларація
7.2. Частка жінок віком 15 – 49 років, які коли-небудь були у шлюбі або мали партнера і які піддавалися фізичному чи сексуальному насильству з боку інтимного партнера-чоловіка протягом останніх 12 місяців	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Політична декларація
7.6. Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих осіб	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
7.7. Відсоток дорослих та дітей, які залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих осіб та які були обстежені на гепатит С	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент

Політична декларація – Політична декларація про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом 2011 року.

Дублінська декларація – Дублінська декларація про партнерство в боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Європі та Центральній Азії.

Спільний інструмент – Спільний інструмент звітності ВООЗ, ЮНІСЕФ і ЮНЕЙДС «На шляху до загального доступу: нарощування масштабів пріоритетних заходів з ВІЛ/СНІДу у секторі охорони здоров'я».

* Показник Цілей Розвитку Тисячоліття.

** Країни мають відстежувати частку немовлят, які отримали АРВ-терапію. У разі, якщо це неможливо, країни мають доповісти про частку немовлят, які розпочали АРВ-терапію. Інформація має відповідати національному протоколу щодо АРВ-профілактики у післяпологовому періоді.

*** Оціночні дані, отримані робочою експертною групою 28 березня 2012 року.

Додаток В. Статус досягнення ЦРТ в Україні

Таблиця В.1

	ЦІЛЬ 1	ЦІЛЬ 2	ЦІЛЬ 3	ЦІЛЬ 4	ЦІЛЬ 5	ЦІЛЬ 6	ЦІЛЬ 7
Україна	Ліквідація крайньої злиденності та голоду	Забезпечення загальної початкової освіти	Заохочення рівності чоловіків і жінок та розширення прав і можливостей жінок	Скорочення дитячої смертності	Поліпшення охорони материнства	Боротьба з ВІЛ/СНІДом, малярією та іншими захворюваннями	Забезпечення сталого екологічного розвитку
2010 рік							
2013 рік							

- Відсутній прогрес / Ціль вже досягнуто або ймовірно буде досягнуто до 2015 року
 Частковий прогрес / Ціль можливо буде досягнуто до 2015 року за умови негайного вжиття відповідних заходів
 Відсутній прогрес / Ціль не буде досягнуто до 2015 року



ЦІЛІ РОЗВИТКУ ТИСЯЧОЛІТТЯ УКРАЇНА – 2013

ISBN 978-966-2748-38-3



9 789662 748383 >